Rok XLII. Kraków 22 Sierpnia 1903. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Mechanizm odklejania się i wydalania popłodu nie jest dotychczas poznanym w tym stopniu, jak poród płodu, a zwłaszcza mechanizm porodowy główki w miednicy małej. Dlaczego tak się rzecz ma, powodów jest kilka; najważniejszym atoli wydaje mi się ten, iż w praktyce nie bada się przebiegu 3-go okresu wszystkiemi metodami klinicznemi, a głównie mam tu na myśli badanie wewnętrzne. Przyczyny tego faktu należy szukać w przesadnej obawie zakażenia kobiety przez badanie, oraz w kategorycznym zakazie badania 3-go okresu wewnętrznie tak, że nawet w przypadkach groźnych zaburzeń w 3-cim okresie ogranicza się lekarz do badania tylko zewnętrznego przy rozpoznawaniu stanu chorej i ustaleniu wskazania dla zabiegu operacyjnego. Podczas gdy od lekarza, chcącego wykonać operacyę kleszczową, wymaga się ścisłego rozpoznania odpowiedniej fazy mechanizmu tak, aby mógł ocenić, czy trzeba i czy można dalszy ciąg mechanizmu sztucznie wykonać, a zabrania mu się szablonowo wyczekać 2 czy 3 godzin od chwili pęknięcia pęcherza płodowego, aby potem, skoro tylko poród płodu nie następuje, zaraz zakładał kleszcze i wydzierał dziecko z matki, to od lekarza, chcącego zabieg wykonać w 3-cim okresie, ścisłego rozpoznania się nie wymaga. Tu niestety wolno lekarzowi, bez względu, jaka faza 3-go okresu, skoro tylko zajdzie potrzeba wydobycia popłodu, a względnie skoro tylko upłynie całkiem dowolny, w każdej szkole położniczej inny, czas od chwili porodu dziecka, próbować po kolei wszystkich znanych sobie sposobów wydobycia popłodu aż do skutku. Ponieważ w obecnych czasach lekarz do ręcznego wydobycia popłodu potrzebuje skrupulatnie zdesinfekcyonować ręce, a to wymaga czasu i trudu, więc lekarz przedewszystkiem stara się wygnieść łożysko. Ponieważ zaś nie zawsze łożysko wygnieść się daje, a on nie wie o tem, dlaczego w danym przypadku się nie udaje wygniecenie, bo nie był ciekawy dowiedzieć się badaniem wewnętrznem, co słychać z popłodem, więc maltretuje kobietę całkiem na ślepo. Są znane przypadki w literaturze, gdzie taki uparty operator wynicował macicę, a łożyska nie wygniótł. Na odwrót: bez postawienia ścisłego rozpoznania często wyjmuje się ręcznie łożyska takie, które mogłyby całkiem dobrze i łatwo same odejść, albo też po wyczekaniu odbycia się samoistnie odpowiedniej fazy mechanizmu z całą łatwością mogły być wygniecione. Wielkie szczęście, że zdobył sobie prawo obywatelstwa w położnictwie szablon Ahlfelda, który długi czas każe czekać na rozpoczęcie zabiegów do wydobycia popłodu. Niemniej atoli i obecnie widzi się codziennie zgubne następstwa dla zdrowia kobiet z bardzo nieumiejętnego stosowania zabiegów leczniczych w 3-cim okresie. Wyliczać ich chyba nie potrzebuję.

Z wyżej wymienionych powodów urobiło się w logicznej konsekwencyi przekonanie, że dla praktyka kwestya mechanizmu 3-go okresu przedstawia interes czysto idealny, a studyum przebiegu 3-go okresu metodami wewnętrznemi jest poprostu wzbronione Lekarz praktyczny ze znajomości mechanizmu 3-go okresu nie widzi żadnych namacalnych korzyści. Cóż więc dziwnego, że nauka o 3-cim okresie pozostaje ciągle dla ogółu lekarzy ciemną? Fakta już dawno wykryte przez badaczy, niesprawdzane przez ogół, leżą zapomniane w pismach specyalnych, a w podręcznikach stereotypowo powtarza się zdanie, że mechanizm 3-go okresu jest dotąd nie zbadany, jakby chodziło o istnienie mieszkańców na innej planecie, a nie o fakta tysiące razy dziennie się powtarzające. Ponieważ wielu czytelnikom niniejszej pracy mimo wszystko zdawać się będzie, że studyum przebiegu klinicznego 3-go okresu, jako pierwszy krok dla poznania mechanizmu 3-go okresu porodowego, ma wartość czysto teoretyczną — w myśl przysłowia „sztuka dla sztuki“, więc w kilku punktach chcę przypomnieć wprost praktyczne korzyści, jakie z niego osiągnąć możemy.

1) Poznanie normy fizyologicznej danej funkcyi jest rozstrzygającem dla naszego postępowania dyetetycznego i leczniczego. Lekarz przy łożu chorego niema innego zadania, jak normę przywrócić, a względnie pilnować, aby przebieg danej funkcyi od normy nie odstąpił. Zadaniu temu jedynie wtedy będzie mógł sprostać, jeśli o normie będzie miał należyte wyobrażenie.

2) Jest to pewnik obecnie powszechnie uznany, że w razie zaburzeń biegu fizyologicznego danej funkcyi natura stara się sama sobie jak najcelowiej dopomódz zapomocą mechanizmów samoregulujących. Poznać te samoregulujące mechanizmy i ewentualnie wyzyskać je dla celów leczniczych można jedynie przez studyum porównawcze normy danej funkcyi, a przebiegu tejże wobec zaburzeń.

3) Zatrzymanie łożyska i błon, oraz krwotoki z miejsca łożyskowego w 3-cim okresie są jedynie poza normę fizyologiczną przeciągniętymi czynnikami normalnego mechanizmu 3-go okresu, i zależnie od przyczyn przedstawiają małe lub poważne niebezpieczeństwo dla matki. Lekarz więc musi znać szczegółowo prawidłowy mechanizm 3-go okresu, oraz przyczyny zaburzeń, aby mógł w danym razie ściśle rozpoznać dany przypadek, ocenić jego doniosłość i obrać najracyonalniejszą metodę postępowania Widząc mianowicie, iż samopomoc ustroju kieruje się na fałszywe tory, przez to, iż wytwarza się t. z. *circulus vitiosus,* a więc w skutkach wycho-

dzi organizmowi na zgubę, musi tę samopomoc na właściwe tory skierować, nie przeszkadzać, ale dopomagać naturze.

Kliniczny przebieg 3-go okresu porodowego. Ostatnie chwile 2-go okresu i pierwsze chwile 3-go w przypadkach, przebiegających bez wszelkiej pomocy lekarskiej, przedstawiają się klinicznie w sposób następujący: Skoro część poprzedzająca, więc n. p. główka płodu odpowiednio się zwróciła, a szpara sromowa dostatecznie się rozwarła, główka dziecka, wśród trwania bólu i parcia rodzącej, przeszedłszy swym największym obwodem szparę sromową, nagle występuje między udami. Zazwyczaj w tejże chwili ból ustaje, a rodząca ucisza się. Po chwili atoli występuje nowy ból, kobieta prze odruchowo i wśród bólu i parcia wydobywa się na świat za jednym zamachem reszta płodu i wody następujące. Jeżeli w czasie ostatnich chwil 2-go okresu trzymać będziemy rękę na dnie macicy, przekonamy się, że z chwilą wydostania się główki między uda rodzącej dno macicy obniża się, sięgając mniej więcej do połowy odstępu między pępkiem, a wyrostkiem mieczykowatym. Gdy następnie reszta części płodu wydostaje się po kolei, bez względu czy fizyologicznie w czasie bólu i parcia, czy też sztucznie w przerwie między bólami, dno macicy opada równomiernie coraz to więcej nadół, aż wreszcie z chwilą, gdy poród płodu się ukończył, a wody następowe wypłynęły, macica staje na wysokości pępka lub palec nad pępkiem, zawsze skurczona, jako opór twardy, dający się dobrze ograniczyć, zwykle pochylony nieco na prawo, wyczuwalny na 5 palców po obu stronach linii białej, z wybitnie wyczuć się dającym pierścieniem skurczowym, przebiegającym poprzecznie na 2—3 palce nad spojeniem łonowem.

Dalszy kliniczny przebieg porodu, t. j. 3-ci okres porodowy bywa b. rozmaitym w szczegółach. Rozpocznę od przedstawienia typu najczęstszego, a więc normalnego przebiegu 3-go okresu.

Po wydaleniu dziecka i odpływie wód następowych z części rodnych zewnętrznych kobiety nie krwawi wcale. Pępowina przedstawia powrózek siny, śrubowato skręcony; żyła pępowinowa energicznie wydęta krwią; obie tętnice pępowinowe tętnią rytmicznie wskutek ruchów serca płodu. Przy potrącaniu trzonu macicy stwierdzamy w żyle fałszywe tętnienie, przy obniżaniu trzonu wysuwa się pępowina, aby się cofnąć po zwolnieniu ucisku.

Do pochwy udaje się bez trudności wprowadzić całą rękę, albowiem szpara sromowa i wejście do pochwy są ziejące. Po wprowadzeniu ręki do pochwy stwierdzamy, że ściany jej są bardzo rozpulchnione i cienkie z powodu rozciągnięcia przez wychodzący płód, a kanał pochwy bardzo obszerny. Szczególnie wyciągniętą jest tylna ściana pochwy, która, po wprowadzeniu ręki, przylegając do podłogi miedniczej, oraz do wygięcia kości krzyżowej, tworzy pojemną kotlinę.

Celem badania szczegółów przebiegu 3-go okresu porodowego wystarczy wprowadzić do pochwy złożone na płask 4 palce. Przy tem badaniu stwierdzamy, że kanał pochwy tuż po porodzie dziecka przedstawia szparę poprzeczną t. zn. przednia ściana pochwy przylega do tylnej. Idąc palcami ku górze po ścianach pochwy, wyczuwamy płaski, cienki, wiotki i bardzo rozpulchniony fałd. Oryentując się bliżej, stwierdzamy, że jest to rozdęta pochwowa część macicy. Część odpowiadająca wardze tylnej leży na wysokości kolców kości siedzeniowej, przednia zaś, nieco grubsza, w pobliżu górnej krawędzi spojenia łonowego. Sklepień niema, bo rozciągnięta część pochwowa wprost przylega do obu ścian pochwy. Ujście zewnętrzne macicy przedstawia sfałdowaną szczelinę, przebiegającą poprzecznie, z której wiszą błony do światła pochwy. Niekiedy błony widzieć można nawet w szparze sromnej, otulające pępowinę, wtedy mianowicie, gdy 1 okres porodowy przeciągał się z powodu grubości pęcherza tak, iż ten, wyciągnąwszy się b. znacznie, pękł późno.

Obniżając łokieć ręki badającej, dostajemy się 4 palcami do jamy rozdętej szyi, dolnego odcinka. Ściany tej części macicy są wiotkie, przednia ściana przylega do tylnej, a kanał jest płaski, podobnie jak pochwy. Idąc w górę w kierunku pierścienia skurczowego wyczuwamy łożysko. Kładąc drugą rękę na powłoki brzuszne, możemy najdokładniej określić, gdzie leży pierścień skurczowy. Przekonywamy się, iż leży on mniej więcej na 3 palce nad górną krawędzią spojenia łonowego, tworząc elipsę z osią długą w wymiarze poprzecznym miednicy, obciskającą ściśle dolną część łożyska.

Chcąc zbadać szczegółowo tę część łożyska, która jest już poniżej pierścienia skurczowego w górnej części jamy dolnego odcinka, wsuwamy delikatnie 4 palce badające do wnętrza jaja płodowego, ułatwiając sobie drogę przez to, iż kierujemy się pępowiną, którą lekko napinamy drugą ręką. Przy badaniu stwierdzamy: 1) iż łożysko zwrócone jest do końców palców badających powierzchnią owodni; 2) iż przedstawia opór płaski, b. mało wypuklony, wreszcie 3) iż nie mamy przed sobą dolnego brzegu łożyska, ale zdwojenie utworzone z dolnej części łożyska. Brzeg dolny łożyska jest umocowany zapomocą błon wyżej, z reguły jeszcze poza pierścieniem skurczowym w trzonie macicy. Te same szczegóły można wybadać, nie wchodząc do wnętrza jaja płodowego palcami, albowiem błony w czuciu nie wiele przeszkadzają.

Badając wewnętrznie po upływie 2-ch minut czujemy, iż wspomniane płaskie zdwojenie łożyska i błon, przybrało na pojemności tak, iż obecnie możemy wybadać znaczniejszy odcinek powierzchni owodni łożyska. Jeżeli w spokoju ułożymy końce palców na łożysku, wyczuwamy, iż część łożyska przyległa do dolnego brzegu łożyska nie zesuwa się dołowi; natomiast czujemy powolne wysuwanie się górnych partyi łożyska, jednem słowem stwierdzamy sposób wywijania się łożyska z jamy trzonu przez pierścień skurczowy. Równocześnie z wysuwaniem się coraz to nowych partyi łożyska grubieje jego część wybadalna. Widocznie sącząca się krew z jamy macicy zbiera się poza wywiniętem łożyskiem, przez co zdwojenie wypukla się, upodabniając się coraz to bardziej do odcinka kuli.

Badanie po kilku minutach wykazuje: Łożysko wysunęło się prawie w całości z jamy trzonu poza pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi, przyczem wypukliło się tak, iż przybrało postać kuli, która, jak gdyby główka, wypełniła te 2 części macicy. Ujście zewnętrzne szyi przybiera obecnie kształt okrągły. Brzegi ujścia zrazu nie są napięte, ale wiotkie, z lekka pofałdowane, i luźnie przylegają do powierzchni obniżającego się łożyska.

Badanie dalsze, uskutecznione w odstępach co 3 a następnie co 5 minut, poucza nas o sposobie wydostawania się łożyska z jamy dolnego odcinka i rozdętej szyi przez ujście zewnętrzne do pochwy. Kula utworzona z łożyska i krwi — hematomatu, — obniżając się wchodzi w pła-

szczyznę ujścia zewnętrznego tak, iż brzegi tegoż napinają się, przylegając ściśle do powierzchni owodni łożyska. Obecnie wyczuwamy dokładnie oba sklepienia wypuklone, przednie i tylne. Tylna warga leży nieco powyżej kolców kości siedzeniowej.

Sposób przechodzenia łożyska do pochwy odbywa się w sposób następujący: Ujście zewnętrzne macicy z okrągłego staje się owalnem z osią długą w wymiarze prostym miednicy kostnej; przednia warga pozostaje na jednej wysokości, tylna zaś cofa się po powierzchni owodni wypuklonego łożyska ku górze w kierunku *promontorium* przyczem cieńczeje, staje się, węższą, a sklepienie tylne mniejsze. Z chwilą, gdy ujście zewnętrzne całkowicie się rozwarło, a łożysko w znacznej części znajduje się w pochwie, trudno dosięgnąć tylnej wargi. Łożysko wypuklone wydostaje się do pochwy w analogiczny sposób, jak przechodziło z jamy trzonu do jamy dolnego odcinka, bo ułożywszy palce na łożysku, czujemy, że górna partya jego wywija się przez rozszerzające się ujście zewnętrzne macicy, zaś partya łożyska, przyległa do dolnego brzegu łożyska, znajduje się we względnym spoczynku.

Kula utworzona z wypuklonego łożyska i krwi (krwiak) zesuwa się w jamie pochwy po wygięciu kości krzyżowej aż na dno podłogi miednicy, przyczem w niektórych przypadkach udaje się stwierdzić ruchy obrotowe tej kuli, które żywo przypominają zwroty główki w kanale miednicy małej. Po pewnym czasie łożysko obniża się tak nizko, iż zaczyna przeć na międzykrocze i rozwierać szparę sromową. Jeżeli kobieta prze, wypuklone łożysko zupełnie analogicznie jak główka płodu rozwiera całkowicie szparę sromową i wytacza się na zewnątrz, a za łożyskiem wypadają odklejone błony, obejmujące krew płynną i skrzepy krwiaka. Po urodzeniu się popłodu przez chwilę wylewa się jeszcze ze szpary sromnej krew płynna, zmieszana ze skrzepami, t. j. reszta krwiaka. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Browicza w Krakowie.

Wrodzona niedrożność jelit cienkich.

Podali

Dr. Stanisław Ciechanowski, prof. nadzw.
i **Dr. Leon Konrad Gliński,**
asystenci zakładu.

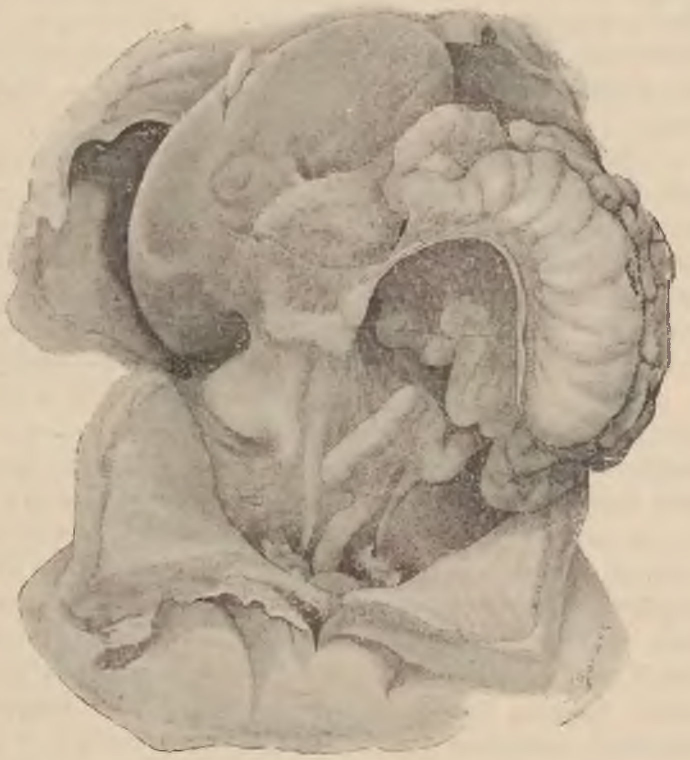
(Ciąg dalszy).

II. spostrzeżenie dotyczy płodu płci żeńskiej, niedonoszonego, urodzonego 31. X. 1898 w klinice położniczej. Kolegom asystentom klinicznym zawdzięczamy wiadomości dokładniejsze o matce i dziecku, które przytaczamy tutaj z tego względu, iż według niektórych autorów wrodzona niedrożność jelit pojawia się niekiedy gromadnie u dzieci jednej matki. W naszym przypadku nietylko nie było niczego podobnego, ale raczej rzecz miała się odwrotnie; wada rozwojowa była wyjątkiem wśród licznego zdrowego rodzeństwa. Matka płodu, który badaliśmy, licząca w owym czasie lat 40, odbyła przedtem jedenaście porodów prawidłowych (dzieci te żyją i są zdrowe), i dwunasty, ukończony obrotem z powodu położenia poprzecznego. Poród płodu, przez nas badanego, z rzędu trzynasty, przedwczesny, w 9-tym miesiącu księżycowym ciąży, z położenia skośnego, powikłany był wypadnięciem nóżki i pępowiny, rozpoczął się siłami natury i w końcu dopiero wymagał pomocy ręcznej. Płód przyszedł na świat lekko omdlały i dał się dość łatwo docucić; ważył 2100 gramów, (długość 44 ctm., obwód główki 30 ctm.). Po ocuceniu krzyczał mocno, ssał prawidłowo, objawów zboczeń w przewodzie pokarmowym nie zauważono. W rok później przebyła matka jeszcze czternasty poród prawidłowy, wydając na świat dziecko, dotąd żyjące.

Sekcyę (P. S. N. 971) noworodka, zmarłego trzeciego dnia życia, wykonaliśmy 3. XI. 1898, stwierdzając, co następuje: Waga zwłok 2010 grm., budowa dobra, odżywienie dobre. Skóra różowa, pokryta jeszcze gdzieniegdzie meszkiem; paznokcie nie przechodzą końców palców; jądra kostne w dolnych nasadach kości udowych nie dochodzą 2 mm. średnicy. Pępowina świeża, bez zmian. Brzuch nieco wzdęty.

Czaszka i jej treść, oraz narządy zawarte w klatce piersiowej — prawidłowe; płuca we wszystkich częściach powietrzne. Przepona nieco wyżej ustawiona. W jamie brzusznej znajduje się około 100 grm. cieczy brunatnawo-krwawej, w której drobnowidowo oprócz krwinek czerwonych i białych można wykazać składniki smółki. Otrzewna nastrzykana, gdzieniegdzie zasiana punktowatemi wybroczynami, miejscami przyćmiona. Zgrubień, ani nieregularnych zrostów otrzewnej nigdzie niema. Żołądek w położeniu płodowem; wątroba, trzustka i śledziona prawidłowo ułożone, bez zmian, podobnież i nerki, oraz reszta narządu moczowego i narządy płciowe. Dwunastnica i jelito czcze przebiegają prawidłowo; dolna część jelita czczego i jelito biodrowe rozszerzone coraz znaczniej, im dalej ku dołowi; wreszcie przechodzi jelito biodrowe w ślepy worek, bardzo znacznie rozdęty i wypełniony smółką, która wydobywa się z niego na zewnątrz przez otworek wielkości grochu, o brzegach nierównych, strzępiastych, znajdujący się na przedniej ścianie worka, blisko jego dna. Cała ta workowato zakończona część jelita biodrowego osadzona jest na bardzo długiej krezce, która okręciła się u swej podstawy dwukrotnie około osi i uległa zaciśnięciu. Całe ślepe, workowate zakończenie jelita biodrowego jest silnie biernie przekrwione, zabarwione ciemno-sino. Między workowatem zakończeniem jelita biodrowego, a dolnym odcinkiem przewodu pokarmowego niema połączenia, jak tylko przez krezkę, która kończy się w miejscu przerwy ciągłości jelita wolnym, cieniutkim, sierpowato wklęsłym brzegiem; długość tego brzegu od ślepego workowatego końca jelita biodrowego do dalszego ciągu jelit wynosi 5 ctm. Brzeg ten w dalszym ciągu bezpośrednio przymocowany jest do szczytu ślepego, stożkowatego, $1^1/_2$ ctm. długiego uchyłka, który przylega podstawą do kątnicy i podobnie, jak ona, nie posiada krezki. Kopuła kątnicy prawidłowo wykształcona; wyrostka robaczkowego nie widać i nie można go też odszukać po przecięciu otrzewnej, pokrywającej kątnicę i odchyleniu jej ku górze. Kątnica leży tak wysoko pod wątrobą, że szczyt jej kopuły przypada prawie w równej linii z dolną granicą dolnej poziomej gałęzi dwunastnicy; odpowiednio do tego jest i część wstępująca okrężnicy bardzo krótka, a krezki również nie posiada. Otrzewna, pokrywająca tę część okrężnicy i prawą połowę części poprzecznej, przechodzi ku górze w ten sposób na wątrobę, że otwór torby sieciowej zupełnie nie istnieje. Reszta okrężnicy biegnie prawidłowo, przytwierdzona ściśle do podstawy;

odbytnica również w położeniu prawidłowem; pętla esowata na wysokiej krezce. Cała kiszka gruba zupełnie skurczona, lecz wszędzie drożna, zawiera wewnątrz nieco szarawego śluzu (*Rysunek 1*).



Rysunek 1.
Wrodzony brak dolnej części jelita biodrowego (spostrzeżenie II.).

Bardzo podobny do tylko co opisanego przez nas przypadku ze względu na usadowienie niedrożności w dolnej części jelita biodrowego był następujący (trzeci) nasz przypadek. Przypadek ten dotyczył noworodka płci męzkiej, u którego z powodu objawów niedrożności jelit wykonano (Doc. Bossowski) sztuczne połączenie pomiędzy odcinkami, leżącymi powyżej i poniżej miejsca przerwy (*entero-enteroanastomosis*). Dziecię zmarło w trzy dni po urodzeniu.

Na sekcyi tego noworodka (P. S. 798 z dnia 10 X. 1902) można było stwierdzić, co następuje: Zwłoki płodu niedonoszonego, słabo rozwiniętego; w dolnych nasadach kości udowych brak jądra kostnego. Na powłokach brzusznych świeża, zespolona szwami, czysta rana polaparotomijna. Czaszka i jej treść, oraz narządy klatki piersiowej nie okazują nic nieprawidłowego; płuca wcale dobrze powietrzne. Po otwarciu jamy brzusznej zaraz na pierwszy rzut oka zwraca na siebie uwagę niestosunek pomiędzy zachowaniem się jelit cienkich, a kiszki (jelit grubych). Ta ostatnia (kiszka) leży prawidłowo, tworzy w swoim przebiegu prawidłowe skręty, jest zupełnie zapadnięta, a w świetle jej znajduje się tylko mała ilość treści białawej, makroskopowo do śluzu podobnej, mikroskopowo składającej się ze śluzu i z licznych złuszczonych nabłonków. Jelita grube w całym swym przebiegu są na pierwszy rzut oka niewidoczne i ukazują się dopiero po usunięciu na bok rozdętych jelit cienkich. Te ostatnie, podobnie jak i żołądek, są w całym swym przebiegu znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w miarę posuwania się ku dołowi stopień rozdęcia wzrasta coraz więcej, aż wreszcie w odległości 159 ctm. (na preparacie zachowanym w formalinie) poniżej odźwiernika przechodzi jelito cienkie w ślepy znacznych rozmiarów worek, częściowo wypełniony smółką W odległości około 3 ctm. powyżej ślepego zakończenia tego worka znajduje się, sztuczne operacyjnie wykonane połączenie pomiędzy jelitem cienkiem, a kiszką wstępującą; cała ta workowato rozdęta część jelita cienkiego osadzona jest na długiej krezce. Poniżej tego workowatego rozdęcia na pierwszy rzut oka ciągłość jelita przerywa się całkowicie na dość znacznej przestrzeni, gdyż dopiero w odległości 12 ctm. poniżej ślepego zakończenia znajduje się dalszy ciąg jelita cienkiego, które biegnie dalej na przestrzeni 3 ctm. i uchodzi następnie do prawidłowo już wykształconej kątnicy. Ten dolny odcinek jelita biodrowego przedstawia się w postaci stożkowato i ślepo rozpoczynającej się zapadniętej cewki, w świetle której znajdują się białawe masy. Obydwa te ślepe odcinki jelita cienkiego łączą się ze sobą za pośrednictwem krezki, której wolny brzeg jest sierpowato wklęsły i niewszędzie posiada jednostajną grubość, a mianowicie najcieńszy jest w częściach, przylegających do ślepych odcinków jelit, najgrubszy — w częściach pośrednich: poczynając od szczytu ślepego rozdętego odcinka na przestrzeni około 2 ctm. brzeg ten przedstawia się w postaci zaledwo grubej nitki, następnie grubieje nieco i tworzy tutaj kilka pozrastanych z sobą zagięć, w dalszym przebiegu dochodzi grubości 4 mm. (na poprzecznym przekroju), następnie zaś znowuż staje się cieńszym i w końcu w postaci około 2 ctm. długiej nitki przyczepia się do szczytu dolnego ślepego odcinka. W części. odpowiadającej przerwie w ciągłości jelita, krezka jest lekko zgrubiała, włóknisto zwyrodniała.

Prócz zmian powyżej opisanych sekcya nie wykazała zresztą nic nieprawidłowego w obrębie jamy brzusznej: otrzewna cienka, gładka, częściowo umazana krwią, wynaczynioną przy operacyi; wątroba, śledziona, trzustka, nerki i t. d. leżały w miejscach właściwych i nie okazywały żadnych zmian.

Niedrożność najniższej pętli jelita biodrowego jest obok niedrożności dwunastnicy najpospolitszą, może nawet częstszą od tamtej zmianą. Przeważna część nowszych spostrzeżeń (np. Sicka [30]), Clarkego [31]), Mauclairea [32]), Lilienfelda [33]), Jaboulaya [34]), Chiariego [35]) itd.) zalicza się do tej gromady, a i z dawniejszych znaczna liczba do niej należy (cf. Kuliga *l. c*). A chociaż i to, najbardziej może co do siedziby typowe zboczenie uważają niektórzy, (o czem niżej) za skutek spraw patologicznych, przypadkowo w życiu płodowem nabytych, niemniej większość badaczy uznaje za przyczynę nieprawidłowy przebieg samychże spraw rozwojowych i to, z wyjątkiem Jaboulaya, sprawy zanikania przewodu pępkowo-jelitowego.

W bardzo do naszego II. spostrzeżenia podobnym przypadku wykazał Jaboulay zapomocą nastrzykania naczyń, że anastomoza, którą zazwyczaj spotyka się w warunkach prawidłowych pomiędzy ostatniemi gałązkami tętnicy krezkowej górnej, a pierwszemi gałązkami tętnicy krezkowej dolnej, wcale nie istniała. Brak tej anastomozy ma być, zdaniem Jaboulaya, przyczyną, że końcowy odcinek jelita

[30]) Sick: *l. c.* Spostrz. II.
[31]) Clarke: Lancet, 1899. Aug. 26. Centralbl. für Chirurgie 1899, Nr. 43.
[32]) Mauclaire: Societé anatom. de Paris. 21. XII. 1900.
[33]) Lilienfeld: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 34, 1902.
[34]) Jaboulay. *l. c.*
[35]) Chiari: *l. c.* Spostrz. I. i II.

biodrowego zanikł. Wspomnieliśmy, że Jaboulay, zdaniem naszem niesłusznie, zmierza do uogólnienia tego tłómaczenia, przypuszczając, że w wielu przypadkach niedrożności pewnych przewodów przyczyna leży w nierozwinięciu się lub zaniku odpowiednich naczyń. Pominąwszy, że tłómaczenie to mogłoby się odnosić tylko do pewnych, ściśle określonych gałązek naczyniowych; pominąwszy pytanie, czy w przebiegu rozwoju zanik pewnych narządów zależy wogóle od zaniku naczyń, jako przyczyny wyższej, czy też może zanik jednych i drugich jest zjawiskiem współrzędnem; to nawet w tym szczegółowym przypadku budzi zapatrywanie Jaboulaya niejakie wątpliwości. We wszystkich bowiem przypadkach, pokrewnych jego spostrzeżeniu, można przypuszczać, że niedrożność przewodu pokarmowego wytworzyła się wcześnie, około 3-go miesiąca księżycowego ciąży, a to na tej podstawie, iż w dolnym odcinku przewodu pokarmowego znajdował się śluz bez składników żółci, która w trzecim miesiącu jeszcze nie dopływa do jelit. Otóż, chociaż tętnice krezkowe wytwarzają się wcześnie, to ostateczne zróżnicowanie się ich gałązek idzie w parze dopiero z dalszym rozwojem jelita; czyby więc raczej, przypuszczając już zależność zaniku pewnej części jelita od zaniku naczyń, nie należało odnosić wrodzonej niedrożności u końca jelita cienkiego do zaniku krążenia żółtkowego? Krążenie to zanika wraz ze zmarnieniem pęcherzyka żółtkowego i przewodu pępkowo-jelitowego właśnie w trzecim miesiącu; jeżeli zaś zanik naczyń miałby być przyczyną zaniku pęcherzyka i przewodu, toć w pewnych warunkach mógłby w tensam sposób oddziałać i na część jelita, z końcem jelitowym przewodu sąsiadującą i w ścisłym z nim pozostającą związku. Przypuszczenie takie znalazłoby może poparcie w zjawisku niejako odwrotnem, gdzie możnaby myśleć, iż nadmiernie rozwinięte gałązki naczyń krezkowych dopomagają utrzymać się końcowemu odcinkowi przewodu pępkowo-jelitowego, mianowicie w tych przypadkach, gdzie utrzymana resztka tego przewodu, uchyłek Meckela, nie posiadając własnej krezki, odżywia się z przechodzących nań z jelita przedłużeń tętniczych, lub gdzie obok odżywionego przez gałązki tętnic krezkowych uchyłku Meckela przetrwały resztki zarosłych naczyń pępkowo-jelitowych w postaci litego postronka, sięgającego aż do nasady krezki [36]).

Zależność niedrożności w najniższym odcinku jelita biodrowego od sprawy zanikania przewodu pępkowo-jelitowego zdaje się być rzeczą pewną ze względu na znamienną siedzibę zarośnięcia i na tę okoliczność, iż według wszelkiego prawdopodobieństwa powstaje ono w tym właśnie czasie, gdy przewód ów zanika; wskazuje na to, jak wspomnieliśmy, brak składników żółci w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. Nawet trzymając się zasady Jaboulaya o związku zaniku naczyń z zanikiem narządów, jeszcze ostatecznie można i to związać z losami przewodu pępkowo-jelitowego. O ile jednak związek losów tego przewodu z niedrożnością najniższej części jelita biodrowego wogóle jest prawie pewnym, o tyle znów niewiele można powiedzieć, jak ten związek w szczegółach się przedstawia. Przypuszczać można kilka sposobów powstawania niedrożności w tem miejscu w zależności od zanikania przewodu żółtkowego; jednakże szukając dla niektórych przypuszczeń wyjaśnienia w embryologii, natrafiamy w niej na dotkliwe luki.

[36]) Porównaj Leichtenstern: *l. c.* str. 423, tekst i ryc. 6.

Odnosi się to między innemi do pytania, czy i w jakim stopniu przyczynia się przewód pępkowo-jelitowy do budowy jelita biodrowego, jak to niektórzy przyjmują, a gdyby tak było, w jaki sposób zarasta ta część przewodu, która w rozwoju jelita biodrowego nie uczestniczyła. Według badań Hansa Virchowa [37]) u ptaków nie zarasta przewód żółtkowy, lecz po dostaniu się pęcherzyka żółtkowego do jamy brzusznej rozrasta się, wydłuża i grubieje i coraz więcej należy do jelita („zeigt sich später immer mehr als dem Darme zugehörig“). U kur nie służy przewód do odprowadzania żółtka do jelita, a nabłonek jego różni się od jelitowego; żółtko zostaje wessane wyłącznie przez nabłonek pęcherzyka żółtkowego i tędy dostaje się do krwi, nabłonek zaś jelita wcale go nie wsysa. Badania tegoż autora [38]) u ziemnowodnych i płazów nie wypełniły luki w pytaniu, jak zachowuje się nabłonek przewodu żółtkowego, bo autor napotykał już tylko resztki tętnic, a ani śladu przewodu. Brak też zupełnie wiadomości pod tym względem co do zwierząt ssących i człowieka. Wobec tego czeka jeszcze na rozwiązanie zarówno pytanie, czy w zarastaniu przewodu żółtkowego u zwierząt wyższych nie odgrywa jakiej roli szczególnej jakość jego nabłonka, jak i pytanie, czy wkroczenie tego nabłonka w sąsiednią część jelita nie mogłoby mieć znaczenia w powstawaniu niedrożności.

Teoryi zarośnięcia dolnej części jelita biodrowego w związku z losem przewodu żółtkowego, nie opartych na samych przypuszczeniach, ale uzasadnionych jakotako faktami, mamy dwie: Ahlfeld [39]) na zasadzie spostrzeżenia, w którem dolne pętle jelita biodrowego leżały u noworodka poza jamą brzuszną, na zewnątrz wązkiego pierścienia pępkowego, przypuszcza, że w pewnych warunkach może szczyt pierwotnej pętli jelitowej, leżący w 2 miesiącu ciąży w obrębie pępowiny, pozostać w niej nadmiernie długo, przytrzymywany może przez zbyt krótki przewód żółtkowy. Jeżeli pierścień pępkowy jeszcze więcej się ścieśni, mogłyby leżące poza nim pętle uledz oddzieleniu wskutek zaciśnięcia; wówczas reszta jelita może się już cofnąć do jamy brzusznej, a w chwili porodu nie ma w miejscu przerwy jego ciągłości już ani śladu po oddzielonych pętlach i jama brzuszna zupełnie się już zamknęła. By jednak można to tłómaczenie przyjąć, trzebaby znaleść w danym razie choć jakikolwiek pośredni dowód w postaci n. p. nadmiernej długości krezki w tem miejscu, gdzie brak jelita, a krezka kończy się wolnym brzegiem, lub zmian w położeniu części sąsiednich, jak kątnicy. Drugiem jest tłómaczenie przez udzielony przewodowi żółtkowemu skręt pępowiny, odbijający się na przyległej części jelita (Kölliker, Leichtenstern l. c.); tłómaczenie to nadawało się dobrze do przypadku Krokiewicza (l. c.), w większości przypadków jednak, w których niedrożną była dolna część jelita biodrowego, nietylko brak tak jasnego obrazu anatomicznego, jak w spostrzeżeniu Krokiewicza, ale wogóle brak jakichkolwiek śladów skręcenia jelita w postac czy to zmian krezki, czy też kawałka jelita, utrzymanego częściowo lub całkowicie między dwiema przerwami jego ciągłości, któreby odpowiadały miejscom, przez skręcenie za-

[37]) Virchow H.: w Intern. Beiträge zur wissenschaftl. Medicin. Festschrift, R. Virchow gewidmet zur Vollendung seines 70 Lebensjahres. T. I, str. 223.

[38]) Virchow H.: Archiv für mikroskop. Anatomie T. 40, s. 39.

[39]) Ahlfeld: Archiv f. Gynaecologie. Bd. V, 11. 2.

ciśniętym. — Możnaby wreszcie przypuszczać załamanie jelita w miejscu pociąganem przez przewód żółtkowy, jeżeli miejsce to było dostatecznie ustalone, a nie posiadało długiej, swobodnie ruchomej krezki.

O nabytych w życiu płodowem przypadkowo, niezawiśle od przemian rozwojowych, sprawach, jako przyczynie niedrożności jelita cienkiego, mówią przedewszystkiem ci, którzy opisali przypadki mnogich zwężeń lub zarośnięć przewodu pokarmowego, usadowionych w najrozmaitszych miejscach. Do takich przypadków należą z nowszych spostrzeżenia: Thorela[40]), Schüppla[41]) (w 10 oddzielnych miejscach), Marckwaldta[42]) (zarośnięcie przełyku, dwunastnicy i odbytnicy), Libowa[43]) (spostrzeżenie II, zarośnięcie jelita cienkiego w 3 miejscach, nadto zarośnięcia kiszki), Chiariego[44]) (spostrzeżenie III, zarośnięcie jelita czczego w 2 miejscach), Schwalbego[45]) spostrzeżenie II, mnogie zwężenia jelita cienkiego), chociaż i z tych autorów nie wszyscy przychylają się do przypuszczenia, że niedrożność jelit była niezawisłą od samych tylko przemian rozwojowych, że natomiast miała źródło w przypadkowo wikłających je sprawach chorobowych. Libow n. p. zaznacza wyraźnie, że w jego spostrzeżeniach nic nie wskazywało na przebyte zapalenie lub skręcenie jelit, lub na zapalenie otrzewnej. W innych znów przypadkach na tłómaczenie, podane przez samego autora, nie ze wszystkiem godzić się można: i tak np. budzi niemałe wątpliwości tłómaczenie Marckwaldta (przez zmiany zapalne), gdyż właśnie w jego spostrzeżeniu zmiany, acz mnogie, usadowiły się w okolicach, wcale znamiennych dla czysto rozwojowych zboczeń (dwunastnica, odbytnica), podobnie, jak w wielu innych przypadkach zarośnięć mnogich (por. Kuliga *l. c.* tablica na końcu pracy).

Z przyczyn niejako przypadkowych, niezależnych od zmian rozwojowych, większość autorów (jak n. p. Baginsky[46]), Müller[47]), Hecker[48]) i t. d.) wymienia na pierwszem miejscu przebyte w życiu płodowem przewlekłe zapalenie otrzewnej w następstwie n. p. kiły lub gruźlicy rodziców, różnych chorób zakaźnych samego płodu i t. d. Tworzące się skutkiem tego postronkowate zrosty łatwo mogą wywołać uwięźnienie, załamanie lub skręcenie jelita z następowem zarośnięciem światła. Pod tym względem zasługuje zwłaszcza na uwagę praca Silbermanna[49]), który w roku 1882 bardzo szczegółowo zajmował się zapaleniem otrzewnej u noworodków i na tej podstawie twierdzi, iż istnieją dwie główne przyczyny wrodzonej niedrożności jelit: 1) przebyte w życiu płodowem zapalenie otrzewnej i 2) przebyte skręcenie jelit. Która z tych przyczyn jest pierwotną, która zaś następową, niepodobna zdaniem Silbermanna stanowczo rozstrzygnąć. Łatwo jednak zrozumieć, iż skręcenie jelita wobec nadmiernie długiej krezki powstać może również samoistnie bez przyczynienia się zrostów otrzewnowych, a nawet łatwo stać się może przyczyną następowego zapalenia otrzewnej. Także i inne zmiany położenia jelit mogłyby może powstać pierwotnie i samoistnie. N. p. Fuchsig[50]) znalazł w przypadku niedrożności jelita biodrowego okienkowatą szczelinę w krezce bez śladów dawniejszego zapalenia otrzewnej i sądzi, że przyczyną niedrożności było pierwotne uwięźnięcie jelita w owej szczelinie. Rozmiary niniejszej pracy nie pozwalają nam na dokładniejsze zastanawianie się nad wymienionymi powyżej czynnikami, co zresztą było omawiane już przez cały szereg autorów i do czego zresztą pokrótce wrócimy jeszcze przy omawianiu ostatniego naszego przypadku. Na tem miejscu chcielibyśmy tylko nieco obszerniej wspomnieć o wgłobieniu jelita (*invaginatio, intussusceptio*), jako jednej z możliwych, a dotychczas bardzo mało uwzględnianych przyczyn wrodzonej niedrożności jelit.

Sprawę wgłobienia, jako przyczyny wrodzonej niedrożności jelit, pierwszy poruszył Chiari[51]) jeszcze w r. 1888. Autor ten opisał wtedy przypadek wrodzonej niedrożności jelita biodrowego, usadowionej w odległości 15 ctm. powyżej zastawki okrężnicy; dokładniejsze badanie wykazało wtedy w odcinku jelitowym, leżącym poniżej miejca przerwy, obecność wgłobionego, dobrze zachowanego kawałka jelita cienkiego, jednocześnie zaś pomiędzy ślepemi zakończeniami obydwu odcinków w wolnym brzegu krezki brakowało odpowiednio długiego odcinka jelita. Na podstawie tego przypadku wypowiedział już wtedy Chiari przypuszczenie, iż jedną z częstszych przyczyn wrodzonej niedrożności musi być powstałe w toku życia płodowego wgłobienie jelita. Minęło jednak 14 lat i nikt nie potwierdził zapatrywań Chiariego, a nawet sam ten autor w 3 spotkanych w tym czasie przypadkach musiał uciekać się do innego tłómaczenia znalezionej wrodzonej niedrożności jelit. Dopiero w roku ubiegłym Braun[52]) ogłosił przypadek wrodzonej, 10 ctm. powyżej zastawki Bauhina usadowionej niedrożności jelita, w którym to przypadku makroskopowo nie można było wykazać przyczyny niedrożności; badanie jednak mikroskopowe wykazało w odcinku, leżącym poniżej miejsca przerwy, obecność wgłobionego, około 1 ctm. długiego, obumarłego kawałka jelita, mimo iż makroskopowo w odcinku tym znajdowały się tylko białawe grudkowate masy. Na tej podstawie sądzi również i Braun, iż wgłobienie, jako przyczyna wrodzonej niedrożności jelita, spotyka się częściej, niż to ogólnie przypuszczamy, chcąc jednak wykazać takie wgłobienie, nie należy ograniczać się do badania makroskopowego, lecz przeciwnie, powinno się szczegółowo zbadać mikroskopowo odcinek jelita, leżący poniżej miejsca przerwy. Zachęcony tem spostrzeżeniem Brauna, zbadał Chiari[53]) dokładniej makro- i mikroskopowo 3, wspomniane wyżej, dawniejsze przypadki wrodzonej niedrożności jelit cienkich i rzeczywiście w jednym z tych przypadków (przerwa ciągłości jelita 15 ctm. powyżej zastawki Bauhina) udało mu się wykazać w części jelita, leżącej poniżej miejsca przerwy, obecność wgłobionego, częściowo obumarłego kawałka jelita. Wobec tych wyników badań mikroskopowych, Chiari, stwierdzając ponownie możność powstania wrodzonej niedrożności jelit w następstwie wgłobienia, zwraca zgodnie z Braunem uwagę na konieczność w tego rodzaju przypadkach badania mikroskopowego, chociażby makroskopowo nie można było nawet przypuszczać wgłobienia. Również wgłobienie było może przyczyną niedrożności w przypadku Kirchnera[54]); tak

[40]—[44]) *l. c.*

[45]) Schwalbe *l. c.* Spostrzeżenie to ogłosił szczegółowo Kuliga: *l. c.* W pracy swej zebrał też Kuliga skrzętnie dawniejsze spostrzeżenia mnogich zwężeń jelita, których tu nie przytaczamy.

[46]) Baginsky A.: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1883.

[47]—[49]) Müller, Hecker, Silbermann *l. c.*

[50]) Fuchsig: Deutsch. Zeits. f. Chirurgie. T. 66. S. 364.

[51]) Chiari: Prager medic. Wochenschr. 1888. Nr. 37.

[52]) Braun Heinrich: Bruns Beitr. z. klin. Chir. 34 Bd., 1902.

[53]) Chiari: Prager medic. Wochenschr., 1903. Nr. 22.

[54]) Kirchner: Berlin. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 27.

przynajmniej należałoby przypuszczać na podstawie przytoczonego przez tego autora opisu, mimo iż sam on szuka przyczyny niedrożności w swoim przypadku w przebytem zapaleniu jelit.

Nadmienić tu należy, że Kuliga, starając się wogóle (naszem zdaniem niewłaściwie) ograniczyć etyologię wrodzonej niedrożności jelit do niewielu tylko przyczyn (pierwotne zapalenia jelit, zboczenie rozwojowe), zwalcza także i zapatrywanie Chiariego. Zdaniem Kuligi (*l. c.* str. 484) przypuszczeniu wgłobienia w życiu płodowem sprzeciwia się fakt, że wówczas ruch robaczkowy jelit jest zbyt słaby, by zmianę tę mógł wywołać. Zdaniem K. wgłobienie jest następstwem niedrożności, powstałem już po porodzie.

Z innych przytaczanych przez autorów przyczyn wrodzonej niedrożności, względnie zwężenia jelit, zasługują na uwagę: 1) Ograniczone, przebyte w życiu płodowem, zapalenie lub owrzodzenie jelita (bez zmian w pierwotnem położeniu) z następowem zarośnięciem światła (Ahlfeld[55]), Marckwaldt[56]), Thorel[57]), Kirchner? i t. d.). Ciekawe pod tym względem jest zwłaszcza spostrzeżenie Kisiela[58]), w którego przypadku przyczyną wrodzonej niedrożności jelita miał się stać zbity skrzep krwi, powstały skutkiem owrzodzenia ściany jelitowej, z następowym krwotokiem do światła jelita. 2) Ucisk na jelito przez powiększone gruczoły i wątrobę (Van Puteren[59]), Kristeller[60]) lub przez znajdujące się w jamie brzusznej nowotwory. Tak np. w trzecim przypadku Żukowskiego[61]) jelito cienkie było znacznie zwężone skutkiem ucisku z 2 stron przez torbielowate guzy, które przy badaniu mikroskopowem okazały się chłoniakami (*lymphangioma*).

Jak widzimy z tego pobieżnego, zresztą niecałkowitego zestawienia, przyczyny wrodzonej niedrożności jelit, zarówno przypadkowe, niezależne od spraw rozwojowych, jak i polegające na pewnych zaburzeniach we właściwym rozwoju, są bardzo liczne i różnorodne, a nadmienić należy, iż częstokroć najdokładniejsze badania przyczyny tej wykazać nie mogą. (Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału prof. Rosnera c. k. Szkoły położnych.

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Ciąg dalszy).

Niektórzy autorowie, opisując niedrożność przewodu pokarmowego w ciąży lub połogu, zaliczali także przypadki takie, w których niedrożność była tylko następstwem jakichś zmian chorobowych w jamie otrzewnowej, a zatem była objawem innej choroby, a nie niedrożnością istotną. Przypadki te podajemy dlatego, że przedstawiały typowe objawy niedrożności i rozpoznanie przyczyny niedrożności wykryto dopiero albo podczas operacyi, albo podczas sekcyi. Zestawiamy je dlatego w grupie osobnej, do której wliczamy także niedrożność, powstałą skutkiem zwężeń światła jelita; jest to wprawdzie niedrożność powstała skutkiem zmian w samem jelicie, jelito to jednak nie jest zdrowe, w ścianie jego odbywa się jakaś sprawa chorobowa, nadto objawy występują powoli, a w pracy niniejszej mieliśmy zamiar omówić tylko niedrożność ostrą, powstałą przez złe ułożenie trzew, poprzednio zupełnie zdrowych. (Grupa V.).

Objawy niedrożności tej grupy spowodowane były przez zwężenie nowotworowe jelita (przypadek 1, 2, 3), uwięźnięcie macicy ciężarnej (przyp. 4, 5), przez ucisk torbielaków na jelita (p. 6, 7, 8), przez zgniecenie pętli jelita pomiędzy torbielakiem, a macicą ciężarną (p. 9, 15), przez ucisk włókniaka macicy (p. 10), przez ciążę zamaciczną (p. 11, 12), przez ropień w okolicy jelita ślepego (p. 13, 14), przez pękniętą macicę (p. 18) i wreszcie — niedrożność była tylko objawem ogólnego zapalenia otrzewnej, jak to widzimy w przypadku 16 i 17. Przypadków niedrożności, powstałych z tych lub innych zmian chorobowych w jamie otrzewnowej, mamy dosyć z własnej obserwacyi i całe ich szeregi znajdujemy w piśmiennictwie; nie podajemy ich jednak dlatego, że niedrożność ta była rozpoznaną, jako objaw innego cierpienia, np. jako towarzysząca zapaleniu wyrostka robaczkowego, ciąży zamacicznej, pęknięciu macicy, jako objaw niedowładu i porażenia jelit i jako skutek obecności krwisteku zamacicznego. Na 18 przypadków tej grupy dwanaście zakończyło się śmiercią, sześć wyzdrowiało, z tego tylko w trzech przypadkach operowanych ciąża została donoszoną. Chcąc omówić czynniki rozpoznawcze ostrej niedrożności, musimy odwrócić porządek, t. j. zacząć od grupy ostatniej; musimy wykluczyć niedrożność następową; a więc przy istniejących objawach niedrożności przedewszystkiem zwrócić uwagę na te zboczenia, które mogą sprowadzić niedrożność następową. Badaniem szczególnie przez pochwę musimy wykluczyć istnienie ciąży zamacicznej, uwięźnięcie macicy, włókniaki macicy, obecność torbielaków, krwisteka; oprócz badania, w celu wykluczenia niektórych tych przyczyn, dopomogą wywiady, n. p. dowiedzieć się możemy o istnieniu przed ciążą guza w brzuchu, włókniaka rozpoznanego przed ciążą, dalej choćby krótka obserwacya, z której wiemy np. o istnieniu stanu gorączkowego, o wzmaganiu się bolesności w jednem ograniczonem miejscu; badanie leukocytów ułatwi rozpoznanie ropnia. Badanie przez odbytnicę, do tego badanie stolca, obecność krwi np., może nam ułatwić rozpoznanie raka.

W przypadkach, gdzie był robiony jakiś zabieg operacyjny cięższy i potem dopiero wystąpiły objawy niedrożności, trzeba zwrócić uwagę na możebność istnienia zapalenia otrzewnej, a rozpoznanie niedrożności w tym przypadku nie będzie sprawiać żadnych trudności.

Niedrożność może być ostra, powstała z przyczyny, którą przy dokładnem badaniu łatwo znaleźć, a mamy tu na myśli przepukliny: objawy będą takie same, jak w każdej niedrożności; rozpoznanie jednak łatwiejsze skutkiem uwidocznienia się przepuklin; trudniejsze do rozpoznania będą tylko przepukliny zatykowa *(obturatoria)*, kulszowa *(ischiadica)*, przeponowa *(diaphragmatica)* międzykroczowa *(perinealis)*, pochwowa *(vaginalis)*, odbytnicza *(rectalis)*.

Uwięźnięcia przepuklin w ciąży mamy także bardzo

[55]—[57]) Ahlfeld, Marckwaldt, Thorel: *l. c.*

[58]) Kisiel: Trudy obszczestwa dietskich wraczej w S. Pietierburgie, 1889.

[59]) Van Puteren: Trudy obszcz. dietsk. wracz. w S. Pietierburgie, 1891.

[60]) Kristeller: Monatschr. f. Geburtsk. XXXI, 5.

[61]) Żukowski: *l. c.* a także: *a)* Russk. Archiw Patołogii etc., 1901 grudzień; i *b)* Die medicin. Woche, 1902, Nr. 7.

Grupa V. ***Ucisk jelita i nowotwory.***

Liczba	Wiek	Miesiąc	Autor	Objawy	Leczenie	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyna niedrożności
1		5	Mason: Schmidt's Jahrb., 1874.			Śmierć.	—	Zwężenie
2	wiel.	7	Heath: The medic. Times and Gaz., 1880.	Objawy ostrego zakażenia.	.	Śmierć.	Poród dobrowolny, płód żywy.	Zwężenie rakowate odbytnicy.
3	wiel.	5	Maygier: Bull. Soc. anat., 1879.	Objawy niedrożności od kilku dni.	Środki przeczyszczające, kał odszedł przez pochwę.	Śmierć.	Poród sztuczny.	Zwężenie rakowate odbytnicy
4		7	Treub: Central. Gyn., 1892.	Od 5 dni objawy niedrożności.	Odprowadzenie macicy tyłozgiętej.	Śmierć.	—	Zgorzel jelita esowatego, zapalenie otrzewnej.
5		4	Chantemesse, Widal i Legry: Soc. méd des hôp., 1891.	Uwięznięcie macicy tyłozgiętej.	Odprowadzenie macicy, potem skrobanka po poronieniu.	Śmierć.	3 dnia poronienie.	Ropień między macicą a jelitami, uciskający pętle jelit.
6		2	Lotbeisen: Wien. klin. Wochen., 1894.	Od 3 tygodni objawy niedrożności, guz wybadalny po stronie lewej.	Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Torbiel skórzasty uciskał odbytnicę.
7	.	.	Morestin: Soc. chirurg. 1900.		Laparotomia.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Skręcenie szypuły torbielaka sprowadziło ucisk jelit.
8		8	Bar: Bull. de la Soc. d'obst., 1900.	Guz wybadalny w dole Douglasa, objawy niedrożności dopiero w połogu.	Cięcie cesarskie, laparotomia w 5 dniu połogu.	Śmierć.	Płód żywy.	Torbielak w dole Douglasa, uciskający odbytnicę, zrosły z kiszką ślepą.
9		.	Schmidt's. Jahrb., 1882.	Objawy niedrożności.	Poród sztuczny.	Wyzdrowienie.	Poród sztuczny.	Zaciśnięcie pętli jelita między torbielakiem a macicą ciężarną.
10		4	Turner: Thèse de Paris, 1900.	Włókniaki macicy ciężarnej.	Poronienie.	Śmierć.	—	Włókniak, ważący 6.500 gramów, zaciskał jelito esowate.
11		.	Pletzer: Monatsschrift für Geb., 1866.	Objawy niedrożności od kilku dni i zapad.	Środki przeczyszczające.	Śmierć.	—	Ciąża zamaciczna.
12		3	Stratz: Zeitschrift für Geb., und Gyn. Bd. XXV.	Objawy niedrożności nagłe, zapad.	Laparotomia.	Śmierć.	—	Ciąża zamaciczna.
13		3	White: Med. Press. and cinit., 1896.	Ropień wybadalny w okolicy kiszki ślepej i objawy niedrożności.	Nacięcie.	Wyzdrowienie.	Poronienie.	Ropień w okolicy kiszki ślepej.
14		.	Rhen: Arch. f. klin. Chirg., Bd. XLIII		Laparotomia, nacięcie ropnia.	Wyzdrowienie.	Poronienie.	Ropień między jelitami.
15		4	Stratz: Zeits. f Geb. u. Gyn., Bd. XXV.	Objawy niedrożności niestałe.	Laparotomia, wydobycie torbielaka.	Wyzdrowienie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zaciśnięcie kiszki ślepej między torbielakiem a macicą.
16	wiel.	połóg	Kehrer: Central. f. Gyn., 1894.	Miednica rozmiękczynowa, dlatego cięcie cesarskie 3 dnia połogu, objawy niedrożności.	Cięcie cesarskie ze względu na płód.	Śmierć.	Płód żywy.	Zapalenie otrzewnej, macica uciskająca odbytnicę.
17		połóg	Polloson: Soc. méd. de Lyon, 1897.	3 dnia połogu objawy niedrożności	Cięcie cesarskie z bezwzględnego wskazania, lewatywy.	Śmierć w 5 dniu połogu.	Płód żywy.	Zapalenie otrzewnej, ucisk macicy na jelita cienkie.
18		7	Watkins: Transactions of the Chicago Gyn., 1902.	Zaparcie stolca i wiatrów, ból i opór po stronie lewej macicy.	Laparotomia.	Śmierć	.	Pęknięcie macicy przez całą prawie grubość w dnie, krwiak podotrzewnowy i między stare zrosty, załamanie jelita esowatego.

mało dlatego, że najczęściej istniejące przepukliny poza ciążą, jak pachwinowa i udowa, same znikają w miesiącu czwartym, lub piątym. Macica rosnąca podnosi jelita do góry, wysuwa więc pojedyncze pętle z worka; ponieważ leży w przodopochyleniu, jelita muszą znajdować się ponad i poza macicą, stąd macica oddziela jelita od bramy przepuklinowej, bramę tę niejako przykrywa. Przepuklina pępkowa, równie częsta, jak poprzednie, może już łatwiej powstać podczas ciąży, a jeszcze łatwiej podczas porodu. Skutkiem powiększenia się macicy zostają rozciągnięte powłoki, rozszerza się brama przepuklinowa, jelita znajdujące się w górze podczas porodu, skutkiem działania tłoczni brzusznej ulegają parciu ku dołowi, mogą łatwo wejść do bramy przepuklinowej i uledz uwięznięciu. Z innych przepuklin czę-

ściej trafiają się u kobiet, niż u mężczyzn: zatykowa (*obturatoria*) i na międzykroczu (*perinealis*), a to dlatego, że otwór owalny (*for. ovale*) jest u kobiet większy i że jelita, schodząc do zatoki Douglasa, łatwiej mogą się przez otwór w dźwigaczu rzyci (*levator ani*) wydostać pod skórę. Uwięźnięcie przepukliny w ciąży opisał Scanzoni: była to przepuklina pępkowa. Fischer wspomina o 24 przypadkach przepuklin w ciąży, z tego było bliżej opisanych dwie pępkowe, ośm udowych, pięć pachwinowych; Cohnstein zebrał 11. Prescot Hewelt wspomina o przepuklinie pępkowej w piątym miesiący ciąży; Gaudier o udowej w ostatnich dniach ciąży, po której zoperowaniu w 6-tym dniu nastąpił dobrowolny poród; Petersen opisuje uwięzłą przepuklinę pępkową u królowej duńskiej Ludwiki w 8-mym miesiący ciąży. W trzecim dniu wykonano operacyę, po której chora zmarła; zrobiono więc cięcie cesarskie na nieżywej, płodu jednak nie docucono; Keim z kliniki Bara opisuje przepuklinę przeponową w 4-tym miesiącu ciąży, gdzie do lewej jamy opłucnowej dostał się żołądek, całe jelito cienkie i część grubego. Sydney Jones wspomina o przepuklinie pępkowej, a Sintenis o pachwinowej. Uwięźnięcie w połogu przepukliny opisują: Churchill pępkową, Fischer mówi o dwóch pępkowych, podobnie Meyer wspomina o przytoczonych w piśmiennictwie 2 pępkowych, 1 udowej; Boissard i Roche opisują przepuklinę pępkową, powstałą wskutek siadania w 48 godzin po porodzie; po kilku godzinach udało się ją odprowadzić, poczem objawy niedrożności ustąpiły.

Wszystkich przypadków uwięźnięć przepuklin tak w ciąży, jak i w połogu udało nam się zebrać 40; ponieważ nie wszystkie prace oryginalne były dla nas dostępne, dlatego nie możemy podać dokładnego odsetka śmiertelności, ani też, jak operacya wpływała na samą ciążę. Z kilku jednak przypadków (Hewetta, Gaudiera) przypuszczać możemy, że operacya ta samej ciąży nic nie szkodzi, już z tego względu, że sama operacya jest lżejsza i krótsza od laparotomii, a miejsce operacyjne jest zdala od macicy, przez co macica podczas operacyi nie jest zupełnie uciskaną.

Przyczyną niedrożności może być także wgłobienie (*invaginatio*), chociaż ta przyczyna niedrożności w ciąży i połogu zdaje się być najrzadsza. Nie wchodząc w powody powstania wgłobienia, jako czysto chirurgiczne i nie mające żadnego związku z ciążą, ani z połogiem, poprzestajemy tylko na wyliczeniu przypadków, przytoczonych w piśmiennictwie. Wichmann zebrał sześć przypadków w ciąży, opisanych przez Steinharta, Buka, Mayo Robsona, Wylie, Ayera i Croftona; Steinhard opisuje wgłobienie w 4-tym miesiącu ciąży, wyleczone bez operacyi; po odejściu kawałka jelita ciąża została donoszoną. Wichmann wspomina o czterech przypadkach w połogu (Ponficka, Krabbela, Ibba i Czernego). Poppert opisuje przypadek niedrożności u wieloródki, wyleczony przez odejście dobrowolne kawałka jelita cienkiego, 48 ctm. długiego, Porak operował położnicę z objawami ostrej niedrożności; podczas operacyi znalazł wgłobienie jelita cienkiego na przestrzeni 12 ctm., a w kilku miejscach już rozpoczynającą się zgorzel.

Tak przy przepuklinach, jak i wgłobieniu, jedynie racyonalnym sposobem postępowania będzie zabieg operacyjny, skoro się nie udało odprowadzenie przepukliny, lub wgłobienie po wysokich wlewaniach nie ustąpiło. Ciąża i połóg nie mogą być przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu dlatego, że sama operacya nie musi sprowadzić poronienia; a gdyby nawet poronienie sprowadziła, to jest to dla matki mniejszem niebezpieczeństwem, niż zaniechanie operacyi.

Rozpoznając niedrożność ostrą, chociaż wykluczyliśmy niedrożność następową, powstałą z przyczyn wyżej przytoczonych, oraz chociażwykluczyliśmy uwięźnięcie przepuklin, to jeszcze musimy rozstrzygnąć, czy nie mamy do czynienia z zapaleniem otrzewnej, z ostrem zapaleniem żołądka i jelit, ostrem zatruciem napadem kolki wątrobowej, lub nerkowej, a to ułatwi nam obserwacya. Wiele z objawów niedrożności, typowych poza ciążą, traci do pewnego stopnia podczas ciąży swe znaczenie, a to dlatego, że sama ciąża sprowadza nieraz takie przypadłości, jakie występować zwykły w niedrożności. Mamy tu na myśli wymioty: te w pierwszych miesiącach ciąży, jako jeden z jej objawów, są nieraz tak gwałtowne i prawie ciągłe, że dają wskazanie do przerwania ciąży; mogą się pojawiać także w ostatnich miesiącach. Drugi z objawów, zaparcie stolca i wiatrów, pojawia się nieraz w miesiącach wczesnych, częściej daleko w miesiącach końcowych. Taksamo często trafia się silny ból w brzuchu, pochodzący albo od zmian chorobowych, istniejących w trąbkach, albo od rozciągania starych zrostów, łączących się z macicą. Inne znowu objawy niedrożności nie występują w ciąży tak widocznie, jak w czasie poza ciążą, a to z powodu przemieszczenia jelit. I tak mniej wyraźny jest objaw Obalińskiego, wzmożony ruch robaczkowy powyżej przeszkody, taksamo znika nieraz objaw Wahla — bębnica umiejscowiona. Dlatego tylko wtenczas rozpoznać możemy ostrą niedrożność podczas ciąży, jeżeli znajdziemy całą grupę cechujących objawów, a więc nagłe wystąpienie choroby, czasem poprzedzone kilkodniowem rozwolnieniem, lub po stwierdzonym błędzie dyetetycznym, silne i coraz wzmagające się bóle brzucha, uporczywe, często kałowe wymioty, zupełny brak stolca i wiatrów, coraz bardziej wzmagające się wzdęcie brzucha, zaburzenia w oddechaniu skutkiem wysokiego ustawienia przepony, wysuwanej przez rozdęte jelita ku górze, a nadto znaczny, szybko się potęgujący zapad przy utrzymanej przytomności umysłu. (Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Hödlmoser (Sarajewo). **Przyczynek do etyologii i przebiegu wrzodu przełyku.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25 i 26, 1903). Znaną jest powszechnie rzeczą, że podczas konania, albo też częściej po śmierci, pojawiają się skutkiem zadziałania soku żołądkowego mniej lub więcej rozległe rozmiękczenia błony śluzowej żołądka; podobne zmiany mogą się też zupełnie niezależnie pojawić i w przełyku, a szczególnie w dolnym jego odcinku (blizko wpustu), zajmując jedną, lub więcej warstw ściany przełyku. Taką „ezofagomalacyę" uważają Zenker i Ziemssen za przyczynę na szczęście rzadko występującego pęknięcia przełyku i przytaczają nadto cztery czynniki, wchodzące w grę w takich przypadkach, a mianowicie: *a)* obecność kwaśnego soku żołądkowego, zamożnego w pepsynę; *b)* wracanie się (*regurgitatio*) treści pokarmowej z żołądka do przełyku i *c)* dłuższe jej tam pozostawanie; *d)* odpowiednia ciepłota ciała i zupełny brak, albo znaczne upośledzenie krążenia krwi w ścianach przełyku. Istotnie wielka część spostrzeganych przypadków przemawia na korzyść tej teoryi, w innych jednak razach, jak to Kraus słusznie zaznacza, należy szukać przyczyny pęknięcia przełyku, albo w gwałtownem kurczeniu się dolnego jego odcinka (dławienie), lub też w silnych wymiotach. Oprócz tego pojawiają się rzadziej i inne zmiany błony śluzowej przełyku, które wpra-

wdzie pęknięcia nie muszą sprowadzić, ale trzeba je uważać jako następstwo zadziałania kwaśnego soku żołądkowego: są to wrzody przełyku, stojące na równi z znanymi wrzodami żołądka.

Właśnie taki przypadek, budzący zainteresowanie dla swej rzadkości, oraz z tego względu, że był powikłany z wrzodem dwunastnicy, opisuje autor. Przypadek ten dotyczy 35-letniego robotnika, cierpiącego od kilku lat na dolegliwości żołądkowe, odznaczające się w ostatnich czasach silną bolesnością w dołku podsercowym, łącznie z utrudnionem połykaniem. Badanie grubym zgłębnikiem nie wykazywało zgoła żadnego zwężenia. Z zmiennem natężeniem bóle utrzymywały się ciągle, od czasu do czasu pojawiały się fusowate wymioty, pompowaniem zaś żołądka stwierdzono zastój treści pokarmowej, a wydymaniem wyraźną rozstrzeń. Wśród częściej się powtarzających wymiotów fusowatych, lub też wielkich ilości wyraźnie zmienionej krwi i wśród ogólnego osłabienia chory życie zakończył.

Rozpoznanie nie było jasne. Chociaż ze względu na bole w dołku i utrudnione połykanie można było myśleć o raku przełyku, przeciw czemu jednak przemawiało wiele okoliczności (drożność dla grubych zgłębników), to przecież wydymanie i pompowanie żołądka do innych doprowadziło wniosków. Okazało się bowiem, że istnieje rozstrzeń żołądka i zastój jego treści, co w połączeniu z fusowatemi wymiotami wskazywało na jakąś sprawę chorobową śródżołądkową, w każdym razie nie na zwykły nadmiar kwasoty i powiększone wydzielanie gruczołów. W przebiegu choroby wiele objawów przemawiało za wrzodem żołądka, podczas gdy inne za rakiem; fusowate wymioty wskazywały w tym przypadku bardziej na raka, choć z drugiej strony wiadomo, że właśnie przy wrzodzie najczęściej ten objaw występuje, jeśli krwotok wewnątrzżołądkowy jest wolniejszy (Jaworski, Korczyński). Także i z bolesności lub zawartości kwasu solnego nie można było wysnuć żadnych pewnych wniosków, jedynie wyniki pompowania i wydymania żołądka przemawiały z wielkiem prawdopodobieństwem za zwężeniem odźwiernika, być może pochodzenia rakowego, z rozpromieniającą się bolesnością. Sekcya wykazała wrzód trawienny dwunastnicy w blizkości odźwiernika z następowem jego zwężeniem i drugi wrzód na przedniej ścianie przełyku z nadgryzionemi dwoma naczyniami, jako źródłem krwotoków, które zgon chorego przyspieszyły. Nasunęło się więc pytanie, czy obydwa te wrzody są jednakiego pochodzenia? Gruźlicę, kiłę i inne sprawy zapalne przełyku można było z łatwością wykluczyć; także raka należało wykluczyć już ze względu na brzegi wrzodów (miękkie i płaskie); co się zaś tyczy zranień przez ciała obce, lub z zewnątrz, nie można było w całym przełyku odnaleźć żadnych przyczyn uchwytnych. Pozostał więc tylko wrzód trawienny przełyku, za którego główny powód należy przyjąć, według Krausa, czynnościową niedomogę wpustu. Ostatni ten autor dzieli wrzody trawienne przełyku na kilka grup; do pierwszej należą przypadki, w których wrzody wpustu przechodzą na przełyk, do drugiej przypadki, w których wrzody odźwiernika lub dwunastnicy sprowadzają zwężenie, w trzeciej tworzą się wielorakie krwawe nadżerki równocześnie w żołądku, dwunastnicy i przełyku obok świeżych wrzodów. Właśnie przypadek opisany przez Hödlmosera należy niewątpliwie do drugiej grupy: w dwunastnicy, w sąsiedztwie odźwiernika znajduje się owrzodzenie, którego następstwem było zwężenie odźwiernika, a dopiero skutkiem tego ostatniego wytworzyła się rozstrzeń żołądka z niedomogą wpustu. Z powodu więc zastoju pokarmów, nadmiaru kwasoty (co z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć można), niedomogi wpustu i częstego wracania się treści pokarmowej z żołądka powstał wśród przełyku.

Co się tyczy symptomatologii tego cierpienia, to można utrzymywać, że trawienny wrzód przełyku nie bywa w swych początkach silnie zarysowany; dopiero później występują znamienne cechy, między któremi na uwagę zasługują bóle, a szczególnie wymioty krwawe, nadto długie trwanie choroby, zanim pojawia się objawy zwężenia (Kraus). *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Stein. **Przyczynek do nauki o powstawaniu raka macicy.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 2, 1903). Autor opisuje dwa bardzo rzadkie przypadki raka macicy, z których pierwszy dotyczył 48-letniej panny i gdzie oprócz raka części pochwowej znaleziono gruźlicę trzonu macicy; matka tej chorej umarła przed 9 laty wskutek raka macicy. W drugim przypadku wykazało badanie drobnowidowe obok nacieczenia anaplastycznego raka trzonu bardzo licznie rozsiane wysepki błony śluzowej w mięśniu macicy. Rozbierając krytycznie pierwszy przypadek, autor sądzi, że gruźlica macicy stanowi tu z pewnością cierpienie pierwotne, przewlekłe, trwające już od szeregu lat, rak zaś części pochwowej chorobę późniejszą i że między tymi dwoma stanami zachodzi związek przyczynowy w tem znaczeniu, że gruźlica trzonu wywołała powstanie raka przez ciągłe drażnienie tkanek, trwające od długiego czasu tem łatwiej, że sprawa dotyczy kobiety dziedzicznie usposobionej. Przypadek ten jeszcze dlatego jest zajmujący, że wykazuje częściowo bezpodstawność teoryi pasorzytniczej raka. O ile bowiem możnaby ją zastosować u panny z utrzymaną błoną dziewiczą, gdzie więc odpadają wszystkie inne bodźce przyczynowe, jak porody, częste spółkowania itd., znajdujemy tu przecież dwa czynniki etyologiczne, jak usposobienie dziedziczne i stały stan podrażnienia, wywołany sprawą gruźliczą trzonu. Drugi przypadek budził znowu dlatego zainteresowanie, że makroskopowo nie przedstawiał żadnych zmian nowotworowych, a tylko badanie drobnowidowo mas wyskrobanych ustaliło rozpoznanie nacieku rakowego w samym mięśniu macicy. Rozsiane wysepki na błonie śluzowej tłómaczy autor pozostałością przewodów Müllera; w tych wrodzonych zaburzeniach rozwojowych upatruje autor pewien czynnik usposabiający do powstania utkania rakowego; samo zaś wytworzenie nacieku należy i tu odnieść prawdopodobnie do przewlekłych zmian zapalnych. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lippel. **Wycięcie macicy w leczeniu zakażenia połogowego i zapalenie otrzewnej w połogu.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 17, Zeszyt 2, 1903). Wycięcie macicy połogowej może mieć podstawę tylko tam, gdzie źródło zakażenia lub zatrucia ogranicza się wyłącznie do macicy, a więc przy gniciu łożyska, resztek jaja płodowego po poronieniu, wreszcie odsłoniętych mięśniaków w połogu. Na dowód tego przytacza autor dwa przypadki analogiczne, z których w jednym dokonał u położnicy amputacyi gnijącego trzonu macicy z powodu pozostawionej w nim części łożyska, w drugim zaś opróżnił tylko jamę macicy i następnie ją przestrzykiwał; mimo, że oba przypadki były równie ciężkie, pierwsza chora wyzdrowiała, druga umarła. Wskazania jednak do tej operacyi przytrafiają się wogóle bardzo rzadko. Naturalnie, że zawsze należy próbować leczyć zachowawczo; nie wolno jednak na nie tracić zbyt dużo czasu. Prochownik zamierzał ustalić ścisłe wskazania do operacyi na podstawie wyników badania krwi; o ile jednak w przypadkach tych idzie o zatrucie toksynami, a nie bakteryami, badanie takie nie jest racyonalne. Natomiast autor jest stanowczym przeciwnikiem wyjęcia macicy w zakażeniu połogowem, albowiem w czasie, kiedy można dopiero myśleć o operacyi, żywotność bakteryi dochodzi do tak znacznego stopnia, tworzenie toksyn jest tak gwałtowne, a tkanki sąsiednie tak uszkodzone, że zabieg byłby już spóźniony. Do leczenia operacyjnego nadają się także przypadki zapalenia otrzewnej, powstałe w połogu np. po pęknięciu otorbionego ropnia. I tu nie wolno się długo namyślać, gdyż odporność otrzewnej na bakterye zostaje coraz bardziej osłabioną wskutek równoczesnego działania toksyn. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lemierre. **Obecność ciałek białych w płynie mózgowo-rdzeniowym przy porażeniach połowiczych na tle kiłowem.** (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 20). Autor zestawia 13 przypadków, badanych przez siebie i przez Widala; najświeższe porażenie datowało od 24 godzin, najstarsze od 23 lat. W jednym tylko przypadku, w którym przez dwa lata przeprowadzane było energiczne leczenie, płyn nie zawierał składników morfologicznych. W 12-tu innych znaleziono liczne ciałka białe, przeważnie jednojądrzaste; w jednym przypadku ciałka białe wielojądrzaste. W tym samym przypadku nakłócie lędźwiowe, powtórzone w miesiąc później, wykazało liczne ciałka białe, lecz już jednojądrzaste. Zatem w porażeniach połowiczych na tle kiły limfocytoza zdaje się być stałem zjawiskiem; w porażeniach na innem tle spotykano ją bardzo wyjątkowo i to tylko w pierwszych kilku dniach po wystąpieniu udaru. *Dr. T. Żeleński.*

A. Malinowski (Warszawa). **Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego.** (*Gazeta lekarska* Nr. 25, 26, 27, 1903). W celu szybkiego oryentowania się przy łóżku chorego bez badania bakteryologicznego, autor podaje następujące wskazówki kliniczne: I. Błonica gardła czysta: początek niewyraźny, bólu gardła zwykle niema, ciepłota mało, lub wcale z początku nie podniesiona. Nalot biały, lub żółtawy, zbity, przylega mocno do błony śluzowej, który przy usuwaniu nalotu lekko krwawi. Forma ta występuje niekiedy w nosie, niema zaś skłonności przechodzenia z gardła do nosa. Objawy kliniczne pierwszych okresów błonicy krtani: początek niewyraźny, z gorączką nieznaczną, lub bez niej. Kaszel rzadki, przytłumiony, głos z początku niezmieniony; objawów zwężenia niema; silne zaostrzenie oddechu w górnym płacie płuca prawego. Głos szybko się zmienia, nawet niknie zupełnie i występują objawy zwężenia krtani.

II. Błonica płonicza: nacieczenie żółtawo-szare na migdałkach lub łukach luźnej zbitości, ze skłonnością do szerzenia się na otoczenie i w głąb, przedstawia obraz nacieku posokowatego o barwie czarno-szarej. Towarzyszy mu zawsze obrzmienie gruczołów, dość częste zapalenie ucha zewnętrznego i średniego, oraz wrzody błoni-

cowate w nosie. Dławiec płoniczy: *a*) pierwotny cechuje się wysoką gorączką, chrypką, bezdźwięcznym, nie szczekającym kaszlem, później utratą głosu i zwężeniem dróg oddechowych. Na 2—3 dzień występują naloty w gardle i osutka płonicza. Częstość tego powikłania zależy od charakteru epidemii. Przypadki takie najczęściej odznaczają się przebiegiem pomyślnym. Nawroty płonicy są w okresie zdrowienia stosunkowo częste, zatem i z tego powodu oddzielenie takiego chorego musi trwać sześć tygodni od ostatniego nawrotu, nie zaś od pierwotnej wysypki. *b*) Dławiec następczy zjawia się w kilka dni, licząc od początku choroby, przebiega mniej gwałtownie, zawsze jednak z kaszlem charakterystycznym, głosem ochrypłym, lub zupełnym bezgłosem i nalotami na nagłośni i innych miejscach krtani, oraz na migdałkach. Niekiedy jednak zwężenie krtani bywa tak znaczne, że wymaga tracheotomii. Porażenie i zapalenie nerek zależą także od charakteru epidemii i od wrażliwości osobniczej chorego. W każdym przypadku dławca płoniczego należy wstrzykiwać surowicę przeciwbłoniczą, nawet jeżeli niema jeszcze ani nalotu, ani zwężenia krtani, a istnieje kaszel dławcowy i chrypka.

Spira.

Chorążycki. **Przypadek „rogu krtaniowego“.** (*Cornu laryngeum*). (*Gazeta lekarska* Nr. 25, 1903). Chory, 44 lat liczący, przebył kiłę przed 18 laty i był odpowiednio leczony. Od trzech lat cierpi na chrypkę, pogarszającą się przy paleniu tytoniu i picia. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało ponad struną prawdziwą lewą biały guz wielkości grochu, przyczepiony szeroką podstawą w części do struny rzekomej, w części zaś do komory krtaniowej, a przypominający opisany przez Jurasza róg krtaniowy. Po kilku próbach udało się go usunąć zapomocą cieniutkiej pętli w zupełności, przy bardzo nieznacznem krwawieniem; twór ten mierzył wszerz 10 mm. na wysokość 8 mm., był okrągły, zbity jak chrząstka, biały, miejscami pokryty kosmkami długości 4—7 mm. Badanie drobnowidowe wykazało prawdziwy brodawczak laryngologów (*papilloma*), różniący się od dotychczas opisanych tem, że się składał z komórek wielościennych o nadmiernem zrogowaceniu. Do interesującego opisu autor dołączył rysunek, ilustrujący ten przypadek. *Spira.*

Jul. Toth (Szegedyn). **Leczenie przewlekłych wrzodów podudzia mięszaniną kalomelu z solą kuchenną.** (*Gyógyászat*, Nr. 1, 1903). Langsdorf podaje, iż przy użyciu tej mięszaniny uzyskał w setkach przypadków zawsze dobry skutek leczniczy. Zachęcony tymi wynikami stosował T. tę mięszaninę w przypadkach, w których po wielomiesięcznem leczeniu wrzody nietylko się nie oczyszczały, ale nawet się jeszcze powiększały. Po wycięciu podminowanych brzegów wrzodu, wcierał T. wspomnianą mieszaninę i to osobno pastę, przyrządzoną z kalomelu, którą posypywał delikatnie sproszkowaną solą kuchenną i wcierał w wrzód energicznie. Powstały z tych dwóch przetworów sublimat sprowadzał u chorych wrażliwszych 3—4 godzinne, lecz znośne, pieczenie. W miejscu ziarniny, niezdolnej do życia, wytwarzała się powierzchnia sucha, piękna, w końcu powstawała blizna odporna, nieskłonna do pęknięć. Autor zostawiał z początku tę mięszaninę w ciągu 3—8 dni, później nawet 10—18 dni. *Baschkopf.*

G. Kövösi i W. Roth-Schulz (Budapeszt). **O patofizyologii niedomogi nerek.** (*Ungar. med. Presse* Nr. 8, 1903). K. i R. przytaczają następujące postacie niedomogi nerek: *a*) niedomogę kłębuszków (*glomeruli*), *b*) niedomogę przybłonka kanalików moczowych i *c*) niedomogę całej czynności nerek. Objawy niedomogi kłębuszków są następujące: zatrzymanie wody, a z nią w równym stosunku soli kuchennej, „hipalbuminemia“, jednak punkt marznięcia prawidłowy, ilość moczu mała; mocz bardziej zagęszczony, niż w stanie prawidłowym, nerka traci zdolność rozcieńczania. Czysty obraz tej niedomogi kłębuszków nerkowych przedstawiają niewyrównane wady sercowe. Niedomoga przybłonka nerkowego ma dwie postacie: w jednej swoista zdolność selekcyjna przybłonka wobec pewnych ciał zostaje porażoną (ilość moczu prawidłowa, jednak mała hipostenurya, prawidłowa zdolność rozcieńczania i tylko wobec większych wymagań niedostateczność siły zagęszczania); w drugiej postaci jest znamienny brak siły zagęszczania. Punkt marznięcia stały, a wydzielanie stałych składników odbywa się na równi z wydzielaniem wody. Jeżeli niedostateczną jest cała czynność nerkowa, moczu wydziela się mało i coraz mniej, z dnia na dzień, nawet z godziny na godzinę, o temsamem zagęszczeniu, z równoległem wydzielaniem wody i soli, przyczem wysuwa się na pierwszy plan jużto zatrzymanie soli, już też wody. *Baschkopf.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Glandula Thymi sicc. puvl. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Przed trzema laty ogłosił Mottenheimer spostrzeżenie, że wybitne postacie krzywicy kojarzą się zwykle z upośledzonym rozwojem grasicy. Autor ten próbował leczyć krzywicę zapomocą wyciągu grasicy i udało mu się w samej rzeczy osiągnąć pewne polepszenie, a zwłaszcza złagodzenie objawów nerwowych. Inni badacze mniej świetne osiągnęli wyniki, jednakowoż zdaniem Mendla (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 4) dlatego, iż podawali zbyt małe ilości i przez zbyt krótki przeciąg czasu. Przy odpowiedniem stosowaniu tego leczenia udaje się w wielu przypadkach usunąć nadmierne wydzielanie potu, obrzęk śledziony, przypadłości nerwowe, skurcz głośni, jakoteż osiągnąć poprawę ogólnego stanu odżywienia. *Dr. T. Ż.*

Orexinum tannicum. (*E. Merck's Jahresberichte* 1902). Wild poleca środek ten w celu zapobieżenia morskiej chorobie. Na trzy godziny przed rozpoczęciem podróży należy zażyć 0·5 grm. w 250 grm. płynu (mleka, herbaty, rosołu); zaś po dwóch godzinach, na krótki czas przed odjazdem, spożyć obfity posiłek. Przy dłuższych podróżach zaleca się zażywać *orexinum tannicum* trzy razy dziennie w herbacie na dwie godziny przed posiłkiem. Lek ten może również oddawać usługi w podróży koleją żelazną. *Dr. T. Ż.*

VI. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

W dniu 23 i 24 maja r. b. odbyło się w Badenie XXVIII zebranie wędrowne północno-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich. Obrady zagaił prof. Hoffmann (Heidelberg), oddając cześć pamięci zmarłych w roku ubiegłym dwóch synów ziemi badeńskiej: Kussmaula i Kasta.

1. Wybrany na przewodniczącego prof. Erb (Heidelberg) przedstawił stan obecny nauki o postawionych przezeń przed wielu laty dwóch jednostkach chorobowych: 1) kurczowego porażenia rdzenia (*spastische Spinalparalyse*), tudzież 2) kiłowego porażenia rdzenia (*syphilistische Spinalparalyse*). Co się tyczy schorzenia pierwszego, mowca utrzymuje, że to, co powiedział przed laty 28 pozostaje w sile i obecnie. Badania wielu autorów, oraz jego własne w ciągu tych lat 28 potwierdzają w zupełności, utrzymuje mowca, zdanie jego, że istnieje osobna jednostka chorobowa, polegająca na pierwotnem zwyrodnieniu wyłącznie tylko sznurów bocznych, cechująca się 4-ma objawami: 1) osłabieniem lub porażeniem mięśniowem; 2) sztywnością mięśni; 3) wzmożonymi odruchami ścięgnistymi, tudzież 4) odruchem Babińskiego. Być może, że należy tu jeszcze zaliczyć opisany przez Strümpla *Tibialisphaenomen*. Schorzenie, o którem mowca, trwa nie postępując lata całe: mowca zna pacyentów, którzy ulegają mu bez zmiany 10—20 lat. Nadto dodać należy, że cierpienie to tylko wtedy należy rozpoznawać, gdy niema żadnych innych objawów chorobowych, prócz wymienionych, a więc gdy czucie jest prawidłowe, czynność pęcherza utrzymana itd. Tam, gdzie zachodzą wyliczone 4 objawy chorobowe, żadnych innych niema, a sprawa dłuższy czas nie postępuje, tam ma się do czynienia z omawianą chorobą. Te uwagi kliniczne znalazły potwierdzenie w badaniach anatomicznych.

W piśmiennictwie podane są dotąd badania anatomiczne 11-tu przypadków tego schorzenia (przypadki Strümpla, Minkowskiego, Dejerinea, Donacio, Bischoffa, Friedmanna itd.). W sześciu z tych przypadków okazało się, że były zajęte wyłącznie drogi piramidalne, bądź same, bądź wraz z drogami bocznemi móżdżkowemi. W pięciu przypadkach były nieco zajęte także i górne drogi Golgiego, której to okoliczności Erb nie przypisuje większej wagi. A więc, sądzi on, tak fakta kliniczne, jak i anatomiczne wykazują, że zachodzi pierwotne zwyrodnienie dróg bocznych. Nic tu nie pomoże, zdaniem mowcy, oponowanie przeciwko temu, jakie znowu poczyna odżywać w pracach Rotmanna i Probsta. Sprawa została przez ogół zupełnie rozstrzygniętą. Co się tyczy doświadczeń, jakie Rotmann przeprowadził na małpach i na których oparł swoje zarzuty przeciwko istnieniu postawionej przez mowcę jednostki chorobowej, oświadcza Erb, że pracę Rotmanna dotąd zna tylko z krótkich streszczeń, uważa atoli za ryzy-

kowne przenoszenie na ludzi wyników badań, przeprowadzonych na zwierzętach, choćby nawet małpach.

To ostatnie zdanie mowcy popiera prof. Edinger (Frankfurt n. M.), który zwraca uwagę na to, jak wielka różnorodność zachodzi w budowie układu nerwowego w świecie zwierzęcym; nadto stwierdza, że aczkolwiek faktem jest, iż drogi piramidalne są drogami ruchowemi, nie dowodzi to jeszcze, żeby oprócz nich nie było jeszcze innych szlaków ruchowych.

2. Z kolei prof. Erb przystępuje do drugiego odczytu, mianowicie do zdania sprawy z obecnego stanu nauki o drugiej postawionej przezeń (w roku 1892-ym) jednostce chorobowej, odnoszącej się do „kiłowego porażenia rdzenia“ (*syphilitische Spinalparalyse*), odznaczającego się 1) obok objawów charakterystycznych dla omówionego poprzednio porażenia dróg bocznych, niektóremi tylko odmianami, jak n. p. nieznacznym stopniem napięcia mięśni, także i innymi objawami, jak np. zaburzeniami ze strony pęcherza itd.; 2) będącego następstwem kiły, analogicznie do wiądu rdzenia, jak mowca utrzymuje,— tudzież 3) polegającego pod względem anatomicznym nie jak sam mowca sądził przed laty, na miejscowem zapaleniu rdzenia (*myelitis*), lecz, jak się okazuje, na skombinowanem pierwotnem zwyrodnieniu dróg bocznych i tylnych. Poszukiwania różnych badaczy, prowadzone w ciągu lat ostatnich, potwierdziły także i w tym przypadku naukę mowcy z przytoczoną różnicą w poglądzie na zmiany anatomiczne tego schorzenia. Cztery dotąd opisane przypadki (Westphala, Williamsa, Naunyna) posiadały w zupełności wspomniane zmiany anatomiczne; innych pięć przypadków omawianego schorzenia odznaczało się jeszcze przymieszką objawów poprzecznego zajęcia rdzenia (*Querschnittserscheinungen*). Mowca poświęca kilka uwag sprawie skombinowanego schorzenia układów (*kombinierte Systemerkrankungen*), t. j. według określenia anatomicznego schorzenia dróg bocznych i tylnych, do którego to schorzenia należy także omawiana jednostka chorobowa. Sprawa ta, twierdzi mowca, nie jest jasna. Cały szereg różnorodnych schorzeń bywa sprowadzany do tego jednego mianownika, jak np. choroba Friedreicha, porażenie toksyczne w przebiegu rumienia lombardzkiego (pelagry), niedowładu postępującego itd. itd. Należy zachować w tej sprawie pewien krytycyzm, a przedewszystkiem należy wyróżnić z pośród innych form tego schorzenia — porażenie kiłowe rdzenia, będące pierwotnem zwyrodnieniem rdzenia, podobnie jak wiąd, który wszak jest samą dla siebie odrębną jednostką chorobową. I czemużby — mówi autor — schorzenie bocznych i tylnych dróg nie miało być taką samą jednostką chorobową, jaką jest wiąd rdzenia w odniesieniu do dróg tylnych?

3. Dr. Brosius (Saarbrücken). **Epidemia kiłowa przed 12 laty i jej widoczne skutki w okolicy.** W okolicy pobytu referenta przed 12 laty wrócił z wojska młodzieniec, mający, jak się później okazało, świeżą kiłę. Wkrótce po jego powrocie stwierdzono u siedmiu mężczyzn, pozostających w stosunkach z wspomnianym młodzieńcem, zakażenie kiłowe w postaci pierwotnych owrzodzeń na wargach. Stwierdzono, że młodzieniec ten przywiózł ze sobą jakiś muzyczny instrument dęty i pokazywał go swym ośmiu znajomym, którzy po nim brali w usta ten instrument i próbowali go; chłopak przytem miał bardzo ślinić. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że na tej drodze przyszło do rozszerzenia się zakażenia kiłowego. Mowca przedstawia obecny stan zakażonych po 12-tu latach. O pięciu z nich posiada on dokładne wiadomości. Jeden z zakażonych zgłosił się niedawno do mowcy ze skargą na bole głowy, zaburzenie czucia w kończynach dolnych, zaburzenia w czynnościach pęcherza i kiszki odchodowej, nieprawidłowości w chodzie, który stał się atakticznoporaźny, tętno 90, zmiany źreniczne itp. objawy, świadczące za wiądem rdzenia.

U osobnika drugiego, który jest bratem pierwszego, mowca stwierdził schorzenie organiczne mózgu; czy to kiła mózgu, czy porażenie postępujące, mowca nie wie napewno, sądzi, że raczej porażenie postępujące, wobec charakterystycznych objawów psychicznych, osłabienia pamięci i zdolności spostrzegawczej, tudzież zaburzeń w sferze uczuć.

U osobnika trzeciego i czwartego ma powstawać w ostatnim czasie również porażenie postępujące. Tylko osobnik piąty jest zupełnie zdrów. O pozostałych trzech osobnikach mowca niema bliższych szczegółów nad to, że mają oni zajęcie gdzieś w fabryce, coby nie wskazywało na większe zaburzenia chorobowe.

Na pytanie Dra Pręgowskiego, jak byli leczeni wszyscy ci zakażeni kiłą, mowca odpowiada, że o ile mógł się dowiedzieć, leczono ich najpierw rtęcią, potem jodem.

4. Doc. Dr. Gaupp (Heidelberg). **Rokowanie w porażeniu postępującem.** Mowca zaznacza, że sam fakt zlecenia mu przez przeszłoroczne zebranie przytoczonego tematu do zreferowania dowodzi, że sprawa rokowania w porażeniu postępującem nie jest jeszcze całkowicie rozstrzygniętą. Sprawa ta rzeczywiście jest trudną. Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie jest rokowanie w porażeniu postępującem, trzeba przedewszystkiem wiedzieć, czem jest właściwie to porażenie postępujące. Nie jesteśmy w stanie dotąd odróżnić klinicznie z całą ścisłością porażenia postępującego od innych schorzeń, zbliżonych pod względem klinicznym do porażenia postępującego. Dawniej uważano za porażenie postępujące objawy stwardnienia rozsianego, porażenia opuszkowego, guzów mózgu itp. Obszerne pojęcie porażenia postępującego z czasów Baylea i Georgeta stopniowo się zacieśnia. Szczególnie od lat 70-tych zeszłego wieku zaczyna się ściśle odgraniczanie chorób innych od porażenia postępującego. Proces ten trwa jeszcze teraz. W tym kierunku wielkie usługi nauce o porażeniu postępującem oddają anatomiczne badania Nissla, który, jak się zdaje, znalazł istotne cechy anatomiczne porażenia postępującego (komórki Marschalkó, tudzież równocześnie z niemi występujące twory podłużne kiełbaskowate, przypominające śródbłonki naczyń. *Uwaga sprawozdawcy*). Kliniczne rozpoznanie nastręcza atoli jeszcze trudności. W piśmiennictwie niema zgody co do czasu trwania porażenia postępującego. Według Mendla 80% wszystkich porażonych ma umierać w ciągu pierwszych czterech lat po rozwinięciu się choroby, zaś 66% w ciągu pierwszych dwóch lat. Według Van-Gehuchtena 75% umiera w ciągu pierwszych lat trzech. Fürstner i inni sądzą, że większość porażonych ginie w ciągu pierwszych dwóch lat. W klinice hejdelberskiej długość życia okazała się przeciętnie 2½ lat. Spotykano wyjątkowo długie trwanie porażenia postępującego do 10 lat. Można sądzić, że przy bardzo dobrem pielęgnowaniu można utrzymać pacyentów przy życiu z jakie 10 lat. W piśmiennictwie spotyka się opisy długiego przebiegu choroby u porażonych, trwającego 20 lat, podejrzywać jednak należy, czy nie omylono się w rozpoznaniu. Mendel powiedział przed pięciu laty, że przebieg porażenia postępującego obecnie jest dłuższy, aniżeli dawniej. Natomiast Fürstner, Van Gehuchten i inni utrzymują wręcz przeciwnie, że obecnie przebieg jest krótszy. Referent zaznacza, że przebieg schorzenia w zakładach, dzięki obecnym zabiegom, jak trwałe wanny, zawijania, hyoscyna, niezawodnie musi być dłuższym, aniżeli dawniej. O wpływie rasy, klimatu itp. czynników na przebieg porażenia postępującego nie można powiedzieć nic pewnego. Co do przebiegu w różnych formach porażenia postępującego, to dadzą się stwierdzić w tym kierunku pewne różnice. Tak n. p. najczęstszą formą jest porażenie postępujące hipochondryczne, znacznie lżejsze jest typowe porażenie postępujące. Przy tej sposobności mowca wylicza wszystkie formy, jakie dadzą się wyosobnić w porażeniu postępującem, a mianowicie: porażenie typowe hipochondryczne, okresowe, katatoniczne, starcze (Atzheimera), wreszcie wiądowe. Co do tej ostatniej, to przedewszystkiem należy odróżnić przypadki wyraźnego porażenia postępującego od objawów wiądu rdzenia. Tu należy przedewszystkiem przypadki, opisane przez Tuczka i Halbana. Przypadki te są rzadkie, gdyż z powodu wczesnej śmierci nie przychodzi do powstania objawów wiądu. Co zaś tyczy formy wiądowej porażenia postępującego w znaczeniu Binswangera, tj. gdy przy wyraźnych objawach wiądu występują zaburzenia w sferze umysłowej, mowca wyraża wątpliwość, czy ma się tu do czynienia z porażeniem postępującem wobec takich objawów, jak dobra pamięć itd., które nie należą do obrazu porażenia postępującego. Wreszcie mowca porusza dwie sprawy, mianowicie 1) czy bywają przypadki porażenia postępującego uleczalne i czy możliwe takie uleczenie, tudzież 2) czy bywają przypadki, w których schorzenie nie postępuje? Co do pytania pierwszego, to mowca przytacza fakt, że na 200 przypadków porażenia postępującego w klinice Krafft-Ebinga — nie było ani jednego uleczonego. Mowca sam nie widział żadnego uleczonego przypadku porażenia postępującego. Badanie ściślejsze przypadków porażenia postępującego t. zw. uleczonych w klinice hejdelberskiej okazało, że nie były to porażenia postępujące. Mogą być krótsze, lub dłuższe zwolnienia, ale wyleczenie, twierdzi referent, nie zachodzi. Zwolnień takich można się spodziewać więcej w przypadkach rozpoczynających się nagle, aniżeli przebiegających powolnie. Również nie na wiele przydają się i są nietrwałe nagle występujące zwolnienia, w odróżnieniu do zwolnień powolnie występujących. A wreszcie oddawna znanym czynnikiem, powodującym znaczne zwolnienia w przebiegu porażenia postępującego, są ostre choroby gorączkowe, który to czynnik Jacobi i Ludwik Mayor chcieli sztucznie wywoływać w celu leczenia porażenia postępującego.

Co do pytania drugiego, czy bywają przypadki będącej w mowie choroby nie postępujące, mowca jest zdania, że ta cecha nie istnieje. Mowca poświęcił tej sprawie szczególniejszą uwagę i doszedł do przekonania, że wszędzie tam, gdzie miało miejsce wstrzymanie postępu choroby, było nie porażenie postępujące, lecz bądź

rozsiane kiłowe schorzenie mózgu, bądź ogłupienie alkoholiczne, bądź zwapnienie tętnic mózgu, bądź ogłupienie urazowe, lub przedwczesne itd.

W dyskusyi nad wygłoszonym referatem opowiedział profesor Erb o jednym chorym, u którego bezwątpienia było porażenie postępujące, jak to wraz z nim stwierdziło kilku psychiatrów, a który 14 lat utrzymywał się przy życiu. Nadto ciekawe było to, że chory ten dwukrotnie przebywał chorobę gorączkową, po której następowało wybitne, wprost zadziwiające, polepszenie jego stanu porażnego.

Prof. Kraepelin uczynił uwagę, że praktycznie jest wprost niemożliwe rozpoznanie porażenia postępującego na podstawie li tylko objawów umysłowych, a bez objawów cielesnych; tudzież, że te ostatnie znowu mogą latami nie występować, jak to miało miejsce z jednym pacyentem, u którego od pięciu lat mowca czynił różne inne rozpoznania, aż wreszcie niedawno wystąpiły typowe objawy cielesne i okazało się, że ma się tu do czynienia z porażeniem postępującem. Radca Schule wyraża nadzieję, że może uda się całkowicie leczyć choć niektóre przypadki porażenia postępującego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

† Dr. Karol Maydl

profesor zwyczajny i kierownik czeskiej kliniki chirurgicznej w Pradze, prymaryusz chirurgicznego oddziału w pragskim szpitalu powszechnym, członek korespondent czeskiej Akademii Umiejętności i t. d. zakończył nagle życie w Dobřichowicach d. 8 b. m., licząc lat 50.

Zmarły profesor przyszedł na świat w Rokitnicy r. 1853, szkoły średnie skończył w Pradze, gdzie też otrzymał stopień doktora medycyny w r. 1876. W r. 1877 został elewem w klinice chirurgicznej pod kierunkiem prof. Heinego; rok 1878 spędził na polu walki w Bośni i Hercegowinie; w 1879 mianowany został asystentem prof. Alberta w Insbruku, i wraz z nim przeszedł w r. 1881 do Wiednia, gdzie po dwóch latach habilitował się na docenta chirurgii. Podczas wojny serbsko-bułgarskiej w r. 1885—86 kierował szpitalem wojskowym w Belgradzie. W r. 1891 mianowany został profesorem zwyczajnym chirurgii w czeskim uniwersytecie w Pradze, oraz prymaryuszem tamtejszego szpitala powszechnego.

Nowoczesna chirurgia miała w zmarłym profesorze przekonanego i pełnego zapału orędownika. Przejęty od pierwszej chwili zasadami Listera, szedł równolegle z postępem i rozwojem teoryi i praktyki anty — i aseptycznej. Maydl był nie tylko zręcznym, lecz i pomysłowym chirurgiem, twórcą własnych metod operacyjnych, że tu tylko wspomnimy o jego metodzie doszczętnej operacyi przepuklin, jejunostomii, wrodzonego rozstępu pęcherza moczowego, która znalazła powszechne zastosowanie.

Niemniej jak był biegłym operatorem, odznaczył się Maydl zaletami nauczycielskiemi, w czem wszechstronna wiedza lekarska odgrywała znakomitą rolę pomocniczą. Szereg prac z zakresu chirurgii jest liczny: pisywał po czesku i po niemiecku, a obok rozpraw, ogłoszonych drukiem, o działalności naukowej zmarłego świadczą protokoły posiedzeń „Spolku l. č.“ w których brał wybitny i pożyteczny udział.

Maydl był ojcem całego pokolenia dzielnych chirurgów czeskich, którzy dziś, stojąc naczele szpitali prowincyonalnych, niosą skuteczną pomoc lekarską swemu społeczeństwu; dwóch z nich: prof. Kukula i doc. Jedlička byli pomocnikami mistrza w niesieniu brzemienia nauczycielskiego. Przedwczesna miażdżyca tętnic, długie a dotkliwe cierpienia, uniemożebniły Maydlowi ku wielkiej szkodzie dla nauki wykończenie obszernej pracy, zawierającej wyniki 12-letniej jego działalności chirurgicznej w klinice i szpitalu: ufać jednak należy, że uczniowie zmarłego profesora podejmą wypadłe z słabnącej ręki pióro i dokończą rozpoczęte dzieło.

W osobie profesora Maydla traci Praga wybitną i wzniosłą osobistość naczelnego obywatela w narodzie: wszechstronnie wykształcony, muzykalny, znakomity stylista i mowca, wykwintny pisarz, umysł samodzielny i pomysłowy, nauczyciel sumienny, chirurg pierwszorzędny, chorąży w walce o prawa swego narodu, a przytem człowiek czci, pracy i obowiązku — pozostawia po sobie trudną do zapełnienia lukę w pierwszych szeregach narodu

Odczuwamy bolesnie stratę badacza tej miary dla światowej nauki i współczujemy z narodem czeskim, którego ta strata dotknie na każdem polu działalności narodowej.

Cześć pamięci zasłużonego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 sierpnia.

* Odsłonięcie pomnika ś. p. prof. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem odbyło się uroczyście przy tłumnym udziale obywatelstwa, wsród którego przeważali liczbą goście i górale. Podczas uroczystości przemawiali z lekarzy: prof. J. Baranowski imieniem kolegów szkolnych; prof. Jordan — Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; Dr. Dunin — Towarzystwa lekar. warszawskiego; prof. Ponikło — Towarzystwa tatrzańskiego.

* Prof. Kosiński, dr. Dobrzycki i dr. Ad. Przyborowski założyli Towarzystwo akcyjne stacyi sanitarnej dla chorych dzieci w Brzegach pod Otwockiem.

* Zeszyt II-gi dzieła zbiorowego »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydawanego przez prof. Walerego Jaworskiego, opuścił prasę. Zawiera on dokończenie rozpoczętego w I. zeszycie wykładu p. t. »Choroby układu nerwowego«, oraz początek rozdziału: »Choroby zakaźne«, opracowanego przez Dr. L. Wilczyńskiego. Zeszyt ten zdobi znaczna liczba (33) doborowych rycin. Następny zeszyt, który okaże się we wrześniu, zawierać będzie: »Choroby narządu oddechowego«. Księgarnia nakładowa H. Altenberga we Lwowie i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie posiadają dotychczas wydrukowane zeszyty na składzie.

* Głośni badacze paryscy: Roux i Miecznikow donieśli Akademii lekarskiej, że powiodło się im zaszczepić kiłę szympansowi i przedstawili zgromadzeniu sam okaz zaszczepionego zwierzęcia. Fakt przyjęcia się ludzkiego zarazka kiłowego u małpy może mieć wielkie następstwa: wszystkie dotychczasowe w tym kierunku usiłowania były bezskuteczne, a tem samem głębsze i wszechstronniejsze badania kiły musiały się ograniczać do ścieśnionego rozmaitymi względami pola — na chorym człowieku. Obecny na posiedzeniu prof. Fournier oświadczył, że jest przekonany o rzeczywistości przyjęcia się kiły u okazanego szympansa, co niestety nie udawało mu się nigdy na innych gatunkach małp; ostrożność jednak, powiada prof. Fournier, każe czekać na objawy drugorzędne, ażeby nowy fakt stał się niezbitym i nazawsze rozstrzygniętym. Odkrycie to przynosi zaszczyt Instytutowi Pasteura i odsłania szerokie pole do badań bakteryologicznych i terapeutycznych, które mogą przynieść błogie skutki dla ciężko doświadczanej i szybko zwyradniającej się ludzkości.

Niestety, dalsze poszukiwania przytoczonych badaczy muszą przełamywać wielkie trudności i przeszkody; szympans dość szybko znika z kuli ziemskiej i należy do rodzaju małp nadzwyczaj trudnych do ujęcia, zkąd pochodzi wysoka jego cena. Ponieważ Instytut Pasteura nie posiada odpowiedniego budżetu, P. P. Roux i Miecznikow ofiarowali na ten cel tegoroczne swoje nagrody, pierwszy 100.000 franków (prix Oziris), drugi 5.000 fr. (nagroda Instytutu). Z tym funduszem znakomici ci uczeni i szlachetni ludzie dalej poprowadzą swoje badania, próbować będą szczepień na innych małpach, mając na oku zawsze jeden cel: zdrowie człowieka.

* Zarządy kolei żelaznych we Francyi obniżyły koszta podróży dla członków międzynarodowego Kongresu higienicznego w Brukseli o 50%. Państwowe koleje belgijskie wydają bilety po 20 i 40 franków, uprawniające do jazdy w tym kraju; osoby, zamierzające nabyć taki bilet, powinne doręczyć naczelnikowi stacyi granicznej swoją fotografię.

— Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili od dnia 6 do 14 sierpnia następujący nowi członkowie: koll. Brejter, Burzyński, Franke, prof. Gluziński, Grek, Hordyński, prof. Kadyj, Kikingier, Klarfeld, Kruszyński Wł., doc. Kučera, Lipski, Mańkowski H., Modrakowski, Moszkowicz, Müller, Ozarkiewicz, Panek, Puzdrowski, Reichenstein, Reutschner, Schutt, Sielski, prof. Szymonowicz, Siątkowski, doc. Wiczkowski, Wilczek, Zajączkowski, Zawadzki, Ziembicki W.

— wszyscy ze Lwowa —; Głowacki (Sokal), Jung (Brody). Rosenblüth (Lubaczów). Ogólna liczba członków wynosi zatem dnia 14/8 507.

Dr. Langie, I sekretarz.

* Między 29 lipca a 4 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 g.), bocheńskim (1 g.), bohorodczańskim (1 g.), buczackim (1 g.), drohobyckim (1 g.), horodeńskim (1 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (1 g.), kolbuszowskim (1 g.), lwowskim (1g.), niskim (1 g.), podhajeckim (2 g.), przeworskim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), tłumackim (1 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (1 g.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXX (26—VII—1—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 46, umarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 12 (3 zam.), z zapalenia płuc 10 (2 zam., z krztuśca 1, z płonicy 4 (2 zam.), z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 5.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Müller, asystent prof. Lorenza, mianowany został profesorem ortopedii w Milwankee. Dr. Beauvisage mianowany profesorem farmakologii w Lugdunie. Kustoszem berlińskiego Instytutu patologicznego został prof. O. Israel.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ignacy Maj w Starogrodzie, lat 69. Dr. Ernest Pick, lekarz pułkowy w Jarosławiu lat. 44. Dr. Stanisław Borowski w Czarnej, lat 36. Dr. Tomasz Korolik w Husiatynie, l. 38.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 15. Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi, jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtiere (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr. 8. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych. Lachowicz: Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austryi (dok.).

— *Głos lekarzy* N. 4. Zawiera: Organizujmy się. — Strejki lekarskie (przez S. Mikołajskiego). — Pod adresem Wydziału krajowego. — Z rogu obfitości. — Kleryk o medycynie. Kilka słow wyjaśnienia (napisał A. Langie). W ważnej sprawie. Pierwsza napaść. Korespondencye. Projekt statystyki ofiar zawodu. Odcinek przez Dr. A. Langiego: Ciernista droga. Wyjątek z korespondencyi młodego lekarza.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7. Krakowski: Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego (dokończenie).

— *Nowiny lekarskie* Z. 8. Noiszewski: Gruczoły i czucie włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobólu stronowym czaszki i oka (*migraena ophthalmica*) (dok.).

— *Medycyna* Nr. 32. Klein: O rozpoznawaniu białaczki (dok.). Raszkes: Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy.

— *Krytyka lekarska* Nr. 8. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.). Frenkiel: W sprawie świadectw choroby dla uczniów. Ktoś: Uwagi luźne o języku lekarskim.

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. Latkowski: O niezwykłej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach. Szleifstein: Przyczynek do histogenezy komórek olbrzymich. Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. Biegański: O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych. Pietrusiewicz: O opatrywaniu pępowiny jodyną. Biegański: Obrady w sprawie pomocy lekarskiej fabrycznej w częstochowskiem Towarz. lekar. Brzeziński: O ambulatoryach fabrycznych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 32. Novák: Připad spontanniho zhojeni intususscepce z následným ileem (dok). Kropáč: O gangrénách foudroyantnich (c. d.). Bloch: Nový therapeutický a zároveň diagnostický způsob leceni rheumatických affekci (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 8. Mirković: Sudbeno liečnička razudba novorodjenčeta sbog čedomorstva odnosno sbog zločina zlonamiernog prijevremenog porodjaja. Lederer: Liečenje bliedobolje odpustom krwi. Čačković: Jednostrano izlucenje duodena kod tvorbe perforirajućega cira na stražnjoj stienci silazecega duodena.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Gaucher: Leukoplazya a rak. Aurertin: Żółtaczka złośliwa niemowląt.

Nr. 63. Graag: Szpik kostny i jego pierwiastki w przewlekłem zakażeniu gronkowcowem. Desfosses: Sprawa dotycząca mleka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. König: Aforyzmy i uwagi nad przebiegiem i leczeniem postrzałów płuc podczas pokoju. Nonne: Ostre porażenie poprzeczne stosu pacierzowego w przebiegu nowotworów złośliwych. Przypadek ostrego poprzecznego zwyrodnienia rdzenia śród ogólnego zrakowacenia kości. Mosse: O neutrofilnych ziarninach krwi. Levy: Organoterapia w leczeniu matołectwa endemicznego. Havelburg: Stosunek moskitów do żółtej febry (dok.). Beck: Samoochrona przy röntgenoskopii. Posner: Zastosowanie kw. osmowego w mikroskopii klinicznej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Meyer: Prognostyczne znaczenie objawów katatonicznych. Schlayer: Rozpoznawanie ropni wątroby po czerwonce. Fichtner: Przyczynek do poznania choroby Bantiego. Köhler: Odczyn Widala w żółtaczce. Sippel: Nowe zabiegi operacyjne w leczeniu raka macicy ciężarnej. Grevsen: Raz jeszcze o znieczuleniu morfinowo-skopolaminowem. Siegert: Znaczenie lekarskiej opieki nad dziećmi, oddanemi na wychowanie, dla fizyologii, patologii i terapii oseska. Bechtold: Przyczynek do kazuistyki podskórnego zmiażdżenia nerki. Elsner: Trwałe wyleczenie przetoki żołądkowo-okrężnicowej. Ziegner: Kazuistyczny przyczynek do symetrycznego zniekształtnienia kończyn. Wiesner i Dessauer: Postęp w technice röntgenografii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Than: Badania fizykalne cieplic w Gastein. Loebl: Tężyczka a samozakażenie. Joseph i Piórkowski: Stanowisko H. Pfeiffera wobec naszego prawdopodobnego prątka kiły, podniesione zarzuty. H. Pfeiffer: Odpowiedź na powyższe uwagi Josepha i Piórkowskiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 33. Heubner: Przypadek ogólnego pleśniawkowego zakażenia ustroju. Callomon: Liszaj ciężarnych. Scholz: Leczenie chorób skórnych promieniami Röntgena i zogniskowanem światłem. Schücking: Działanie bodźców podtrzymujących życie. Preisich: Odróżnienie wybitne żywych płytek krwi za pomocą barwienia.

Redakcya otrzymała. Mueller: Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.